

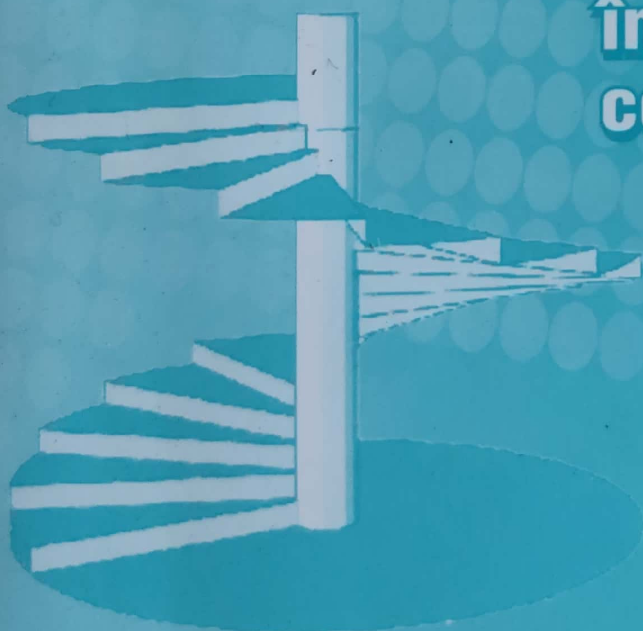
Eugen Hriscu
Magdalena Ioan



Jellinek

PREVENIREA RECĂDERILOR

**În tulburările legate de
consumul de substanțe**



editura
Medica

**Ghid practic pentru profesioniștii
din domeniul sănătății**

DR. EUGEN HRISCU

PSIHOLOG MAGDALENA IOAN



PREVENIREA RECĂDERILOR

ÎN TULBURĂRILE LEGATE DE CONSUMUL DE SUBSTANȚE

**GHID PRACTIC PENTRU PROFESIONIȘTII
DIN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII**

editura
OMNI Medica
București
2004

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

HRISCU, EUGEN

Prevenirea recăderilor în tulburările legate de consumul de substanțe. Ghid
pentru profesioniștii din domeniul sănătății / Eugen Hriscu, Magdalena Ioan
- București; Infomedica, 2004

Bibliogr.

ISBN: 973-7912-36-5

I. Ioan, Magdalena

61

2004 - INFOMEDICA s.r.l.

**PREVENIREA RECĂDERILOR ÎN TULBURĂRILE LEGATE DE CONSUMUL DE SUB-
STANȚE. GHID PENTRU PROFESIONIȘTII DIN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII**
EUGEN HRISCU, MAGDALENA IOAN

ISBN: 973-7912-36-5

Toate drepturile rezervate Editurii INFOMEDICA.

Nici o parte din acest volum nu poate fi copiată
fără permisiunea scrisă a Editurii INFOMEDICA

Drepturile de distribuție în străinătate aparțin în exclusivitate editurii.

Copyright ©2004 by INFOMEDICA s.r.l. All right reserved.
Apărut 2004

Tehnoredactare computerizată: Editura

INFOMedica

Tehnoredactare: Ing. Nicoleta Anghel

Editura

INFOMedica

București, sector 5

Șos. Panduri 35, Bl. P1B, Sc. A, Ap. 33-34

Tel./Fax: 021/410.04.10; 410.53.08, Tel.: 021/410.61.63

e-mail: redactia@infomedica.ro

Tipar executat la Tipografia

INFOMedica

MATERIAL EDITAT ÎN CADRUL PROIECTULUI

„EDUCAȚIE CONTINUĂ ÎN DOMENIUL ADICȚIILOR”

ORGANIZAT DE ONG ALIAT, BUCUREȘTI & JELLINEK, AMSTERDAM,

FINANȚAT DE MINISTERUL AFACERILOR EXTERNE AL OLANDEI, FONDUL MATRA

CENTRUL DE ALCOOLOGIE AL

SPITALULUI CLINIC DE PSIHIATRIE “PROF. DR. AL. OBREGIA”, BUCUREȘTI

*Autorii dedică acest manual formatorilor lor și
clienților cu care au lucrat și ale căror eforturi i-au
inspirat în momentele dificile.*

Mulțumiri speciale:

Conf. Dr. Dan Prelipceanu, Dr. Carmen Parr,
Conf. Dr. Radu Mihailescu, Drs. Carla van der Bent,
Drs. Wim Buijsman, Drs. Mieke Ziehn, John Parr (PTSTA),
Viorel Roman, Bogdan Glodeanu, Marta Maierean,
Dr. Gabriela Șerban.

PREFAȚĂ

Abuzul de substanțe psihoactive este o problemă majoră de sănătate publică, atât la noi în țară, cât și în majoritatea țărilor dezvoltate sau în curs de dezvoltare. Acesta este motivul pentru care cercetarea cauzelor tulburărilor legate de abuz și dependență, ca și dezvoltarea unor noi abordări terapeutice constituie o preocupare prioritară pentru numeroase echipe multidisciplinare de specialiști.

Proiectul *MATROM* – inițiat de Guvernul Olandez, Jellinek, EATI și organizația non-gvernamentală română ALIAT – se înscrie în această direcție, obiectivul principal al proiectului fiind formarea primilor specialiști români în terapia adicțiilor.

Redactarea și editarea unor materiale educaționale a constituit un obiectiv adiacent al proiectului, iar lucrarea de față face parte din seria publicațiilor rezultate. Ea reprezintă primul manual românesc de Prevenirea Recăderilor, strategie inevitabilă în abordarea terapeutică pe termen lung a dependențelor la substanțe psihoactive și, prin extensie, a dependențelor de orice tip, a cărei însușire devine cheia formării terapeuților în domeniul adicțiilor. Iar această formare devine, pe zi ce trece, tot mai importantă nu numai în cadrul educației medicale continue, ci și în cel al formării universitare a viitorilor medici, psihologi clinicieni, psihoterapeuților și asistenților sociali.

Teoretizată cu exact 25 ani în urmă de către Marlatt, Marlatt și George, Marlatt și Gordon, Prevenirea Recăderilor s-a impus ca tehnica psiho-socială cea mai pertinentă în stimularea schimbării, în construcția unor noi comportamente de *coping* menite să influențeze pozitiv stilul dezadaptat al existenței dependentului și să-i modifice stilul defectuos de viață.

Publicarea acestei lucrări furnizează un instrument necesar schimbării stilului de formare al specialiștilor în adicții, de la abordarea strict biologică, limitativă, la cea cuprinzătoare bio-psiho-socială.

Conf. Dr. Dan Prelipceanu

CUPRINS

INTRODUCERE	XI
CAPITOLUL I.	
DE CE PREVENIREA RECĂDERILOR?	1
CAPITOLUL II	
PRINCIPII TEORETICE ALE PREVENIRII RECĂDERILOR	3
CAPITOLUL III	
INCLUDEREA PREVENIRII RECĂDERILOR ÎN LANȚUL DE INTERVENȚII.	
MODELUL TEORETIC AL SCHIMBĂRII	7
CAPITOLUL IV	
EVALUAREA CLIENȚILOR. SELECȚIA CLIENȚILOR	
PENTRU PREVENIREA RECĂDERILOR	11
CAPITOLUL V	
ABORDAREA PREVENIRII RECĂDERILOR ÎN FORMATUL TERAPIEI	
DE GRUP. REGULI GENERALE DE ORGANIZARE A GRUPULUI	15
CAPITOLUL VI	
PRIMA ȘEDINȚĂ DE GRUP. STABILIREA REGULILOR	
DE FUNCȚIONARE A GRUPULUI	21
CAPITOLUL VII	
BALANȚA DECIZIONALĂ. STABILIREA OBIECTIVULUI	27
CAPITOLUL VIII	
SITUAȚIILE DE RISC	33
CAPITOLUL IX	
CRAVING-UL SAU POFTA DE CONSUM. A FACE FAȚĂ CRAVING-ULUI ...	41
CAPITOLUL X	
A FACE FAȚĂ UNEI ALUNECĂRI. PLANUL DE URGENȚĂ	47
CAPITOLUL XI	
ANALIZA FUNCȚIONALĂ. EXTRAGEREA ȘI	
CONFRUNTAREA CREDINȚELOR IRAȚIONALE	53

CAPITOLUL XII	
A FACE FAȚĂ EMOȚIILOR	63
12.1. A FACE FAȚĂ DEPRESIEI	63
12.2. A FACE FAȚĂ ANXIETĂȚII	67
12.3. A FACE FAȚĂ FURIEI	72
CAPITOLUL XIII	
CAPCANELE PSIHOLOGICE	77
CAPITOLUL XIV	
PRESIUNEA SOCIALĂ. STRATEGII DE A-I FACE FAȚĂ	83
CAPITOLUL XV	
STILUL DE VIAȚĂ. STRESUL. BALANȚA TREBUIE – DORESC	87
CAPITOLUL XVI	
ȘEDINȚA RECAPITULATIVĂ	93
CAPITOLUL XVII	
TEME OPȚIONALE	95
17.1. EXPUNEREA LA STIMULII ACTIVATORI	96
17.2. COMPORTAMENTUL ASERTIV	98
17.3. LUAREA DECIZIILOR	103
17.4. REZOLVAREA PROBLEMELOR	105
CAPITOLUL XVIII	
ȘEDINȚELE DE EVALUARE	107
ANEXE	115
BIBLIOGRAFIE	129

INTRODUCERE

„Prevenirea recăderilor în tulburările legate de consumul de substanțe. Ghid practic pentru profesioniștii din domeniul sănătății” se dorește a fi un instrument de organizare și conducere a unor programe de prevenirea recăderilor în cazul comportamentelor adictive. El se adresează tuturor profesioniștilor din domeniul sănătății care se confruntă în practica lor cu problematica asociată consumului de substanțe.

Modelul general al Prevenirii Recăderilor are la bază teoria de inspirație cognitiv-comportamentală asupra procesului recăderii formulată de Marlatt și Gordon. În elaborarea materialului, autorii au făcut apel la experiența aplicării acestui model în diverse forme și medii terapeutice, așa cum este ea reflectată în literatura internațională de specialitate. De asemenea, ghidul valorifică experiența personală a autorilor cu grupuri de prevenirea recăderilor în tulburări legate de consumul de alcool. În aplicarea modelului original al Prevenirii Recăderilor, autorii au adus o serie de modificări și completări în funcție de nevoile clienților și resursele disponibile. Aceste modificări vor fi amintite în capitolele respective

Considerăm că materialul prezentat ar putea fi util și adaptat cu ușurință pentru abordarea terapeutică a consumului problematic de alte substanțe în afară de alcool precum și pentru alte tipuri de comportamente adictive (ex. joc patologic).

Ghidul descrie modul practic de planificare și conducere a grupurilor de prevenirea recăderilor oferind în plus informații privind baza teoretică generală a diverselor intervenții planificate. Fiecare capitol tematic cuprinde o argumentare a relevanței temei în contextul general al programului, o prezentare a obiectivelor, activităților și metodelor specifice fiecărei ședințe propuse, precum și posibile dificultăți, probleme și soluții, cu referire directă la practica autorilor. În anexe sunt redată modele concrete de planificare a ședințelor din cadrul unui protocol terapeutic aplicat în cadrul Centrului de Alcoologie al Spitalului Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al. Obregia” București.

Autorii invită profesioniștii interesați în aplicarea acestui model să-și folosească creativitatea și să-l adapteze pentru a extrage un beneficiu profesional și personal cât mai mare. De aceea, structura ghidului, alcătuită din capitole tematice și un

cadru teoretic general, lasă terapeuților libertatea de a decide asupra aspectelor specifice (de exemplu: numărul și ordinea ședințelor, numărul ședințelor opționale incluse) și de a aduce completări și îmbunătățiri în funcție de necesitățile și experiența personală.

Autorii au conceput și un caiet de lucru pentru clienții implicați în programul de prevenirea recăderilor și recomandă folosirea acestuia împreună cu ghidul.

Modelul poate fi ușor adaptat pentru lucrul individual; intenția autorilor este de a facilita aplicarea principiilor și metodelor prevenirii recăderilor într-o gamă largă de forme terapeutice (individual sau în grup, clinic sau nonclinic, în regim de internare sau ambulator).

Am fi bucuroși să aflăm despre experiența altor profesioniști în aplicarea acestui model, problemele și soluțiile identificate și inovațiile aduse protocolului inițial.

Autorii

CAPITOLUL I

DE CE PREVENIREA RECĂDERILOR?



A devenit un loc comun afirmația că, în lipsa unor intervenții psihosociale (eventual) postdetoxifiere, prognosticul pe termen mediu și lung al tulburărilor legate de consumul de alcool și droguri este mai mult decât sumbru. Specialiștii care fac o recomandare de tratament unui pacient care se confruntă cu probleme determinate de consumul de substanțe trebuie să țină seama de necesitatea includerii unei forme de sprijin psihosocial care să urmeze perioadei de stabilizare medicală (Copello, 2001, Prelipceanu, 2002). În absența acesteia, tratamentul medical al problemei de consum este sortit eșecului și se va constitui într-un factor de condiționare negativă pentru următoarele tentative de implementare a schimbării.

Prevenirea recăderilor este un tip de intervenție la îndemâna tuturor profesioniștilor din sistemul serviciilor de sănătate. Aplicată corect și într-un format adecvat, ea oferă clienților o șansă de recuperare mai bună, iar practicanților satisfacția de a avea succes în îndeplinirea obiectivului lor profesional și cea mai bună prevenire a sindromului de *burn-out*. Avantajele acestei metode pot fi sumarizate astfel:

- posibil de aplicat în ședințe individuale și de grup;
- posibil de aplicat în servicii cu specific divers (cabinet de consultații, ambulator, centru de zi, spital, comunitate terapeutică) și pentru diverse substanțe de abuz;
- format modular, flexibil la nevoile clienților și la specificul serviciului;
- durată scurtă;
- eficiență dovedită științific și empiric;
- posibil de aplicat într-un număr variabil de ședințe, în grade diferite de intensitate a intervențiilor, potrivit modelului îngrijirii în trepte de severitate (cost-eficiență);
- poate fi oferită singură, în combinație cu alte forme de tratament (farmacoterapie, alte intervenții psihosociale) și, adesea, se poate constitui ca un prim pas către alte forme de tratament (grupurile AA, grupuri de suport, psihoterapii de mai lungă durată);

- nu formulează abstința ca obiectiv unic și obligatoriu (crește accesibilitatea și adresabilitatea);
- acceptă obiective intermediare cum ar fi reducerea consumului, scăderea frecvenței și duratei recăderilor, creșterea calității vieții (stimulează sentimentul de autoeficiență atât pentru client, cât și pentru practician);
- responsabilizează și implică clientul în propriul proces de recuperare.

Din perspectiva teoriei resurselor necesare parcurgerii procesului de recuperare (Vormer & Davis, 2003), persoanele cu probleme legate de consumul de substanțe au șase nevoi primordiale de a căror îndeplinire depinde succesul demersului lor de schimbare:

- ☐ nevoia de a se identifica pe sine ca o ființă umană competentă;
- ☐ nevoia de a deține controlul, de a putea face alegeri în cunoștință de cauză;
- ☐ nevoia de speranță;
- ☐ nevoia de a avea un scop, o direcție;
- ☐ nevoia de a avea sentimentul succesului, al atingerii obiectivelor propuse;
- ☐ nevoia de a avea în preajmă cel puțin o persoană de încredere care să-i ofere sprijin.

Este credința autorilor că Prevenirea Recăderilor poate răspunde acestor nevoi ale clienților, asistându-i în procesul dificil al schimbării.

CAPITOLUL II

PRINCIPII TEORETICE ALE PREVENIRII RECĂDERILOR

Prevenirea Recăderilor (PR) oferă un cadru teoretic de înțelegere a procesului recăderii în tulburările adictive fundamentat în special pe teorii de tip cognitiv-comportamental (vezi figura 2.1), precum și o serie de strategii menite să contribuie la prevenirea și limitarea intensității recăderilor.

Teoria cognitiv-comportamentală arată că **procesele de învățare** joacă un rol important în dezvoltarea și menținerea abuzului și dependenței la substanțe; aceleași procese de învățare pot fi folosite și pentru a ajuta consumatorii să reducă/renunțe la substanță. Procesele prin care indivizii pot învăța să consume substanța includ:

- **Modelarea:** persoana învață să consume prin urmărirea și imitarea altora (părinți care consumă, prieteni etc.);
- **Condiționarea operantă:** comportamentul este întărit prin consecințele lui; consumarea substanței are efecte plăcute, iar ca urmare individul tinde să repete consumul pentru a reexperimenta consecințele plăcute;
- **Condiționarea clasică:** asocierea repetată dintre anumiți stimuli (persoane, locuri, obiecte, momente ale zilei etc.) și consumul substanței crește probabilitatea repetării comportamentului de consum în acea situație; de exemplu, când se află în bar cu prietenii persoana consumă; de aceea expunerea la stimuli declanșatori constituie o *situație de mare risc*.

Pe scurt, terapia cognitiv-comportamentală ajută clienții să **RECUNOASCĂ** situațiile în care e cel mai probabil să consume, să **EVITE** situațiile periculoase (în cazul condiționării clasice) și să **FACĂ FAȚĂ** situațiilor neplăcute, altfel decât utilizând substanța (în cazul condiționării operante).

Figura 2.1. Concepte cognitiv-comportamentale utilizate în PR

Pornind de la aceste concepte de bază, PR situează în centrul preocupărilor sale conceptul de **recădere**, văzută ca un proces normal, parte a evoluției spre recuperare a persoanei care alege să-și schimbe comportamentul de consum și sursă importantă de informații privind nivelul abilităților de a face față. Protocolul terapeutic va viza identificarea cât mai precisă a factorilor care favorizează recăderea (vezi tabelul 2.1) și formularea de strategii care să prevină producerea recăderii atunci când acești factori sunt prezenți.

Tabelul 2. 1. Factorii care determină recăderea (după Larimer & Marlatt, 1999)

Factori determinanți imediați	Factori antecedenti ascunși
• situațiile de (mare) risc • abilitățile pe care le posedă persoana • expectanțele în raport cu proprietățile substanței • efectul de violare a regulii sau a absteninței	• dezechilibrul în stilul de viață • deciziile aparent irelevante • <i>craving</i>-ul

După identificarea acestor factori prin analiză funcțională, intervenția vizează îmbunătățirea abilităților de a face față (dacă ele deja există) sau deprinderea de abilități noi (vezi figura 2.2).

În PR, training-ul abilităților are drept scop atingerea de către clienți a următoarelor obiective:

- înțelegerea recăderii ca un proces;
- identificarea situațiilor de mare risc, identificarea și punerea în aplicare a strategiilor de a face față acestora;
- identificarea și punerea în aplicare a strategiilor de a face față *craving*-ului;
- implementarea unor planuri de minimizare a consecințelor negative în caz de alunecare;
- rămânerea în forma de tratament aleasă chiar și după producerea unei recăderi;
- crearea și punerea în practică a unui stil de viață mai sănătos.

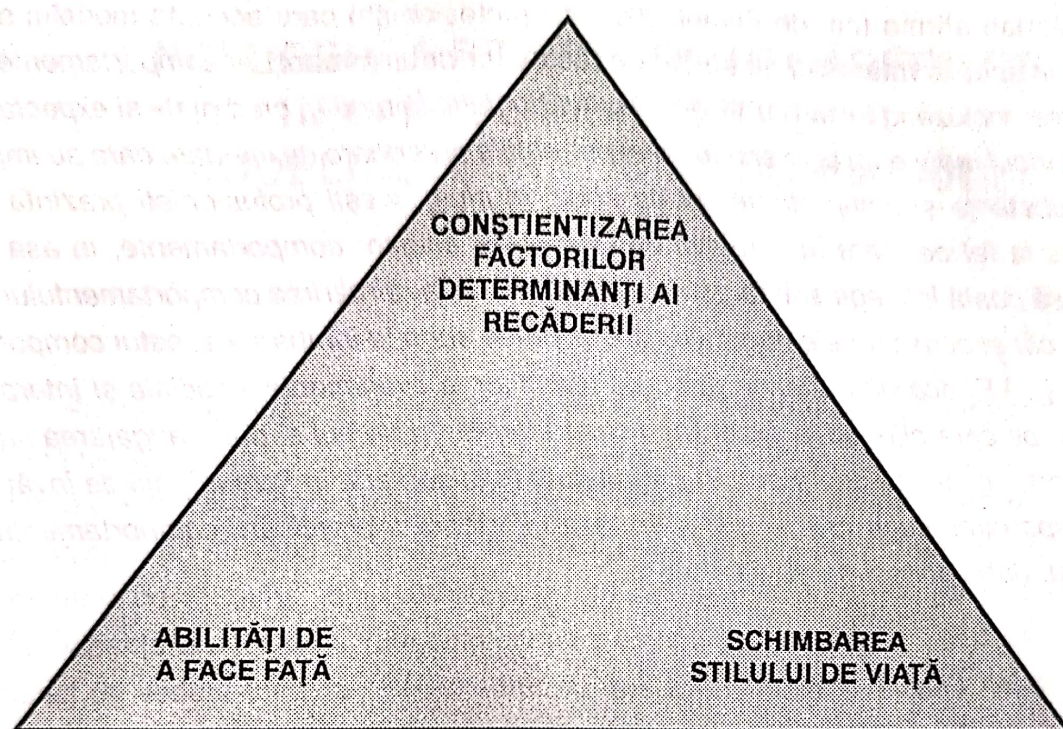


Figura 2.2. Model simplificat al tipurilor de intervenții în cadrul unui program de PR
(după Wanigaratne et al., 1997)

Atât factorii care determină recăderea cât și strategiile corespunzătoare de a le face față sunt descrise pe larg în capitolele tematice ale ghidului atât din punct de vedere teroretic, cât și al implicațiilor în practica PR.

PR permite o mare flexibilitate în aplicare, fiind compatibilă cu numeroase alte forme de intervenție. Acestea pot fi indicate înainte, după sau concomitent, în paralel sau chiar în cadrul programului de prevenirea recăderilor.

Din motive de consistență a abordării, cel mai frecvent se asociază alte intervenții specifice teoriei cognitiv-comportamentale asupra adicțiilor:

- tehnici de creștere a motivației (interviul motivațional);
- confruntarea distorsiunilor cognitive – PR se limitează la a confrunța și modifica viziunea pacienților asupra recăderii. Se pot adăuga alte tehnici de restructurare cognitivă (Beck, Ellis);
- expunerea la stimulii activatori ai *craving*-ului pentru a obține *desensitizarea* la acțiunea acestora;
- *community reinforcement approach* și *managementul contingențelor* – tehnici pur comportamentale care vizează întărirea pozitivă a comportamentului dorit și retragerea stimulentele cu ocazia recăderilor.

Marlatt afirma (cit. de Fisher, 1997) că profesioniștii care acceptă modelul său „sunt în special interesați de studierea **factorilor determinanți ai comportamentelor adictive**, incluzând aici antecedentele situaționale, de mediu, credințele și expectațiile, istoricul individual al clientului și experiențele anterioare de învățare care au implicat substanța și comportamentul de abuz. În plus, acești profesioniști prezintă un interes la fel de mare în a releva **consecințele** acestor comportamente, în așa fel încât să poată înțelege atât factorii care contribuie la reîntărirea comportamentului de abuz, cât și consecințele negative care ar putea servi la inhibarea acestui comportament. [...] Ei acordă o atenție specială reacțiilor la evenimentele sociale și interpersonale pe care clientul le experimentează înainte, în timpul și după angajarea sa în comportamentul adictiv. Factorii sociali sunt implicați atât în faza inițială de învățare a comportamentului adictiv, cât și în faza ulterioară a practicării comportamentului învățat, după consolidarea sa.”

CAPITOLUL III

INCLUDEREA PREVENIRII RECĂDERILOR ÎN LANȚUL DE INTERVENȚII. MODELUL TEORETIC AL SCHIMBĂRII

Problemele legate de consumul de substanțe definesc o gamă largă de comportamente și atitudini. În viața fiecărui consumator substanța are cel puțin un rol; adesea ea reprezintă principalul mijloc de a face față unor situații dificile. Unii consumatori aleg să vadă și reversul monedei (efectele negative) chiar din perioada de inițiere a consumului, alții abia după ani de zile; unii consumatori pot dezvolta rapid dependența la substanță, alții pot consuma abuziv toată viața fără a fi dependenți din punct de vedere medical. Per ansamblu, concepția modernă asupra dependențelor definește existența unui continuum pentru consumul de substanțe (Mann, 2000).

Comportamentul de consum este frecvent supus unor procese de schimbare – spontane sau ca urmare a unor intervenții specializate. Prochaska și Di Clemente (1983) au formulat un *model transteoretic al schimbării* (fundamentat pe 18 teorii distincte privind procesul schimbării) cunoscut sub denumirea de **Ciclul Schimbării** (vezi figura 3.1.). Acesta face referire atât la schimbarea care are loc în absența contactului cu un terapeut, cât și la schimbarea asistată de un profesionist (Prelipceanu (ed.), 2004).

Stadiile ciclului schimbării (după Prochaska și Di Clemente):

1. **Stadiul precontemplativ** definește „luna de miere” a adicției, când doar efectele plăcute ale comportamentului sunt luate în considerare, în timp ce consecințele neplăcute sunt complet ignorate. În această etapă consumatorul nu ia în considerare posibilitatea schimbării.

2. **Stadiul contemplativ** este etapa în care persoana începe să fie conștientă și de efectele negative, neplăcute ale comportamentului, să fie îngrijorată și să ia în considerare posibilitatea schimbării, dar este ambivalentă și nesigură în raport cu schimbarea.

3. **Stadiul deciziei/pregătirii.** Schimbarea începe să fie văzută ca o necesitate, deoarece consumatorul resimte din ce în ce mai dureros efectele neplăcute. El planifică să realizeze schimbarea în viitorul apropiat, dar încă nu e hotărât asupra a ceea ce are de făcut în continuare.

4. **Stadiul acțiunii** începe atunci când persoana face pași concreți spre realizarea schimbării, dar aceștia sunt deocamdată instabili.

5. **Stadiul menținerii**. Clientul și-a atins obiectivul propus – ca de exemplu încetarea completă a comportamentului indezirabil – și se concentrează acum pe menținerea noilor comportamente însușite.

6. **Stadiul recăderii**. Clientul experimentează recurența simptomelor și, în fața consecințelor acestora, decide ce are de făcut în continuare. Opțiunile pot fi: reluarea tratamentului, a programului de recuperare sau, dimpotrivă, reluarea consumului.

Persoanele cu tulburări legate de consumul de substanțe sau alt comportament adictiv au cel mai adesea o evoluție circulară, parcurgând în mod repetat ciclul schimbării. De exemplu, un consumator de alcool aflat în *faza de precontemplare* ignoră efectele negative ale consumului, concentrându-se pe efectele plăcute (luând exemplul alcoolului, dezinhibiție prin diminuarea cenzurilor interne, stare de bună-dispoziție, excitație, accelerarea ritmului și fluxului ideativ etc.). După un timp, persoana poate începe să devină tot mai conștientă și îngrijorată de efectele negative (senzația de mahmureală, greața, durerile de stomac, dificultățile financiare, deteriorarea relației cu partenerul etc.) intrând în *faza de contemplare*, de unde – spontan sau ca urmare a intervenției terapeutice – se îndreaptă mai departe spre luarea unei decizii, de exemplu micșorarea cantității de alcool consumate și diminuarea frecvenței consumului – *stadiul deciziei*. Ulterior, persoana poate reveni asupra deciziei și renunța la obiectivul de schimbare (se întoarce în stadiul de contemplare) sau poate avansa în ciclul schimbării și concepe un plan concret de schimbare, pe care îl poate pune mai târziu în acțiune – cere ajutorul de specialitate, spune familiei despre decizie, cere suport prietenilor, aruncă băutura din casă etc. (*stadiul acțiunii*). Odată schimbat comportamentul de consum – atinge abstenența sau consumă controlat – clientul poate menține schimbarea sau alege să reia consumul (*stadiul menținerii, respectiv al recăderii*).

Majoritatea persoanelor care se angajează în schimbarea comportamentului (de consum) revin cel puțin o dată la un stadiu anterior în ciclul schimbării (Prochaska et al., 1992). După recădere, consumatorul poate decide să reintre în oricare dintre stadii, inclusiv în precontemplare, deși sunt autori care consideră că, odată ce clientul a început să *contemple*, el nu mai revine în stadiul de precontemplare și de aceea plasează acest stadiu în afara cercului (Miller, 1999). Majoritatea consumatorilor de substanțe parcurg de mai multe ori acest ciclu, până la obținerea recuperării (Di Clemente, Scott, 1997).

Terapeutul poate facilita parcurgerea de către client a etapelor ciclului schimbării prin folosirea unor tehnici de creștere și susținere a motivației precum *Interviul Motivațional* și alcătuirea *Balanței Decizionale* (Miller, Rollnik, 1991).

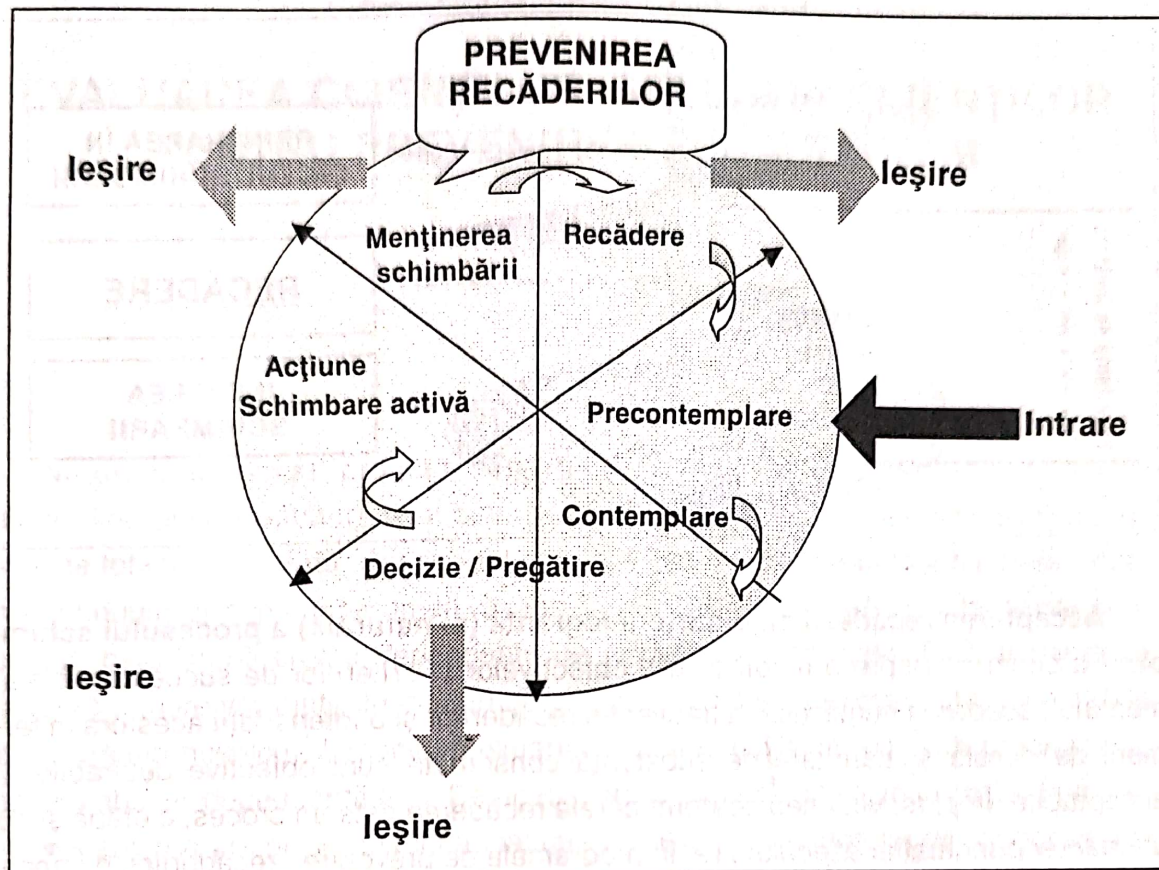
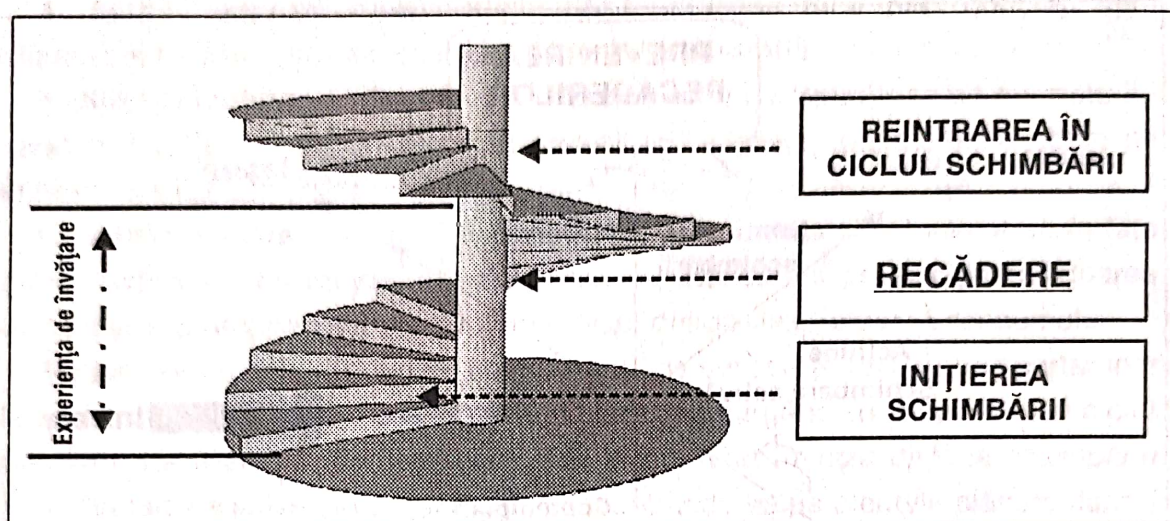


Figura 3.1. Ciclul schimbării Prochaska & Di Clemente. Locul prevenirii recăderilor în ciclul schimbării

Prevenirea Recăderilor reprezintă un set complex de intervenții care combină psihoeducația și intervenția terapeutică – predominant de tip cognitiv-comportamental – **destinat consumatorilor aflați în faza de menținere a ciclului schimbării.**

Modelul prevenirii recăderilor prezintă dintr-o perspectivă mai optimistă observația (descurajantă pentru unii) că majoritatea consumatorilor problematici de substanțe recad (O'Brien, 1996). Astfel, recăderea nu este sfârșitul drumului, ci doar o nouă etapă în călătoria pe care consumatorul de substanțe o are de parcurs pentru a ajunge la recuperarea totală. Consumatorii care recad nu se întorc în poziția zero, în același loc de unde au plecat în ciclul schimbării. Experiența contemplării, a deciziei, a acțiunii și menținerii pe o perioadă mai lungă sau mai scurtă a schimbării a produs o serie de modificări la nivel comportamental și cognitiv. Clientul a adunat o serie de cunoștințe despre propriul său comportament, despre abilitățile pe care le posedă și despre situațiile cu cel mai mare risc. De aceea, reluarea ciclului schimbării nu se aseamănă cu o mișcare circulară, ci mai degrabă cu înscrierea pe panta ascendentă a unei spirale.



Acceptarea recăderii ca o parte integrantă (și naturală) a procesului schimbării a condus și spre o modificare a obiectivelor și criteriilor de succes ale tratamentului; scăderea numărului, a frecvenței recăderilor și a intensității acestora în termeni de durată și cantitate de substanță consumată sunt obiective dezirabile și acceptabile. În plus, viziunea conform căreia recăderea este un proces, o etapă și nu un *marker* punctual al eșecului are, în programele de prevenirea recăderilor, o importanță terapeutică. Astfel, în concepția lui Marlatt & Gordon, recăderea începe înainte de reluarea propriu-zisă a consumului de substanță ulterior unei perioade de abținere și continuă după primul act de consum (Larimer, Marlatt, 1999). Recunoașterea la timp a semnelor apariției unei recăderi permite consumatorului să instituie strategii de a face față (*coping*), strategii învățate și repetate împreună cu terapeutul și colegii de grup și în mediul de viață al clientului (sub forma temelor pentru acasă).

Clienții sunt invitați să adopte următoarea viziune asupra recăderilor: un **episod de consum** nu reprezintă eșecul încercărilor lor, ci o **oportunitate de învățare**, un pas înainte pe spirala schimbării.

CAPITOLUL IV

EVALUAREA CLIENȚILOR. SELECȚIA CLIENȚILOR PENTRU PREVENIREA RECĂDERILOR

Nu există un singur program sau plan terapeutic care să se adreseze tuturor categoriilor de consumatori de substanțe. Noțiunea însăși de *categorii de consumatori* este tot mai disputată. Câștigă tot mai mult teren viziunea conform căreia există un continuum al acestui fenomen, având la o extremă persoanele abstinente și la cealaltă persoanele cronic dependente de substanțe. Între cele două extreme se plasează o mare varietate de moduri de consum mai mult sau mai puțin încadrabile într-o formulă nosologică (consum experimental, recreațional, consum problematic, consum abuziv, dependență etc). De aceea, procesul evaluării este important pentru:

- stabilirea ariilor de disfuncționalitate, a nevoilor pacientului din punct de vedere bio-psiho-social și pentru
- alocarea (*matching*) celei mai bune forme de tratament adecvate problematicei identificate.

În plus, datele obținute în urma procesului de evaluare pot fi utile managementului calității serviciilor oferite sau realizării de cercetări epidemiologice, clinice sau de altă natură.

Evaluarea va cuprinde următoarele etape:

1. Înregistrarea clientului
2. Evaluarea
3. Alocarea tratamentului

1. Înregistrarea clientului

În această etapă, sunt colectate datele personale și se conturează o primă impresie asupra problemelor solicitantului. Se pot folosi diverse instrumente de *screening*, în funcție de specificul și dotările serviciului (chestionare autoadministrate, interviu clinic, teste biologice). La sfârșitul acestei etape, se va decide dacă solicitantul poate eventual beneficia de pe urma serviciilor oferite de profesionistul/centrul care a efectuat înregistrarea.

2. Evaluarea

Această etapă marchează investigarea sistematică a naturii și severității problemelor determinate de consum, pe cele trei axe: bio-, psiho-, socială. Se pot folosi scale de evaluare cum este ASI (*Addiction Severity Index* - Indexul de Severitate al Adicției) la care se pot adăuga alte teste (teste de evaluare a motivației, evaluare psihiatrică, medicală clinică și paraclinică).

3. Alocarea tratamentului

Se face pe baza rezultatelor evaluării. Până în prezent, următoarele elemente s-au dovedit a avea relevanță în alocarea unei anumite forme de tratament (Schippers, 2000):

- severitatea adicției;
- tipul și severitatea comorbidității psihiatrice (cel mai puternic predictor în proiectul MATCH);
- forma și stabilitatea condițiilor sociale (inclusiv existența unui partener de viață stabil).

În general, este recomandat ca evaluarea să aibă loc în mai multe ședințe (optim 3). Anexa 1 prezintă procedura de primire și evaluare într-un centru de tratament (Jellinek, Amsterdam), procedură aflată în curs de implementare la Centrul de Alcoologie din București.

În ceea ce privește Prevenirea Recăderilor, în funcție de specificul serviciului în care această intervenție este aplicată și de intensitatea ei, indicațiile și contraindicațiile pot varia. O contraindicație absolută a acestei metode o reprezintă cazurile de afectare cerebrală organică (de exemplu sindromul Korsakoff, demența indusă de alcool). O contraindicație cu regim special (vezi Capitolul V) o reprezintă intoxicația acută. Analfabetismul poate reprezenta o condiție de excludere, în cazul în care nu există un program cu design special. De asemenea, alexitimia poate pune probleme clienților în a beneficia de pe urma intervențiilor de PR.

Diverse studii au evaluat eficiența PR în comparație cu alte metode de tratament, în funcție de specificul participanților la programele terapeutice. Proiectul MATCH a concluzionat că, atunci când abținerea este obiectivul de atins, terapia cognitiv comportamentală este superioară grupurilor de tip 12 Pași în cazul pacienților cu forme mai ușoare de dependență (Chick, 2004). Intervenția tip 12 Pași s-a dovedit mai adecvată consumatorilor cu nivele mai reduse de comorbiditate psihiatrică. Dublul diagnostic merită o atenție specială. A fost probat (Bosch et al., 2002, Ioan, 2003) că pacienții cu tulburare de personalitate borderline au o recuperare mai

bună în cadrul unui tip special de terapie de tip cognitiv-comportamental, *Terapia Comportamental Dialectică*. Pacienții cu tulburări anxioase sau depresive care persistă după încetarea consumului au recăderi mai frecvente și ar putea beneficia de pe urma tratamentului psihofarmacologic sau psihoterapic specific (Driessen, 2001, Schadé, 2003).

- Clienți cu tulburări psihotice sau bipolare, mai ales dacă nu sunt stabilizați pe medicație
- Clienți care nu posedă o locuință stabilă
- Condiție medicală nestabilizată medicamentos
- Politoxicomanie, posibil cu excepția dependenței de alcool sau de marijuana

Figura 4.1. Categoriile de clienți la care, în general, nu este indicat a se recomanda terapie cognitiv comportamentală în regim de ambulator (Carroll, 1999, program de PR la consumatorii de cocaină)

Procesul de evaluare în sine poate avea valoare terapeutică, fiind de natură să încurajeze conștientizarea diverselor aspecte legate de consum (cantitate, frecvență, sevraj, poftă, problemă socială și medicală) pe care clientul le neglijează sau minimizează. De asemenea, perioada evaluării reprezintă primul contact al clientului cu serviciul și, posibil, cu terapeuții. Acesta este momentul când se creează primele alianțe terapeutice sau, dimpotrivă, se stimulează rezistențele clienților.

În principiu, procesul evaluării trebuie să ofere un răspuns cât mai detaliat la întrebarea „ce avem nevoie să știm despre acest client, pentru a-l putea ajuta în cea mai mare măsură posibilă?”.

Odată luată hotărârea de a invita clientul să participe la ședințe individuale sau de grup de prevenirea recăderilor, se va aloca timp oferirii de informații (eventual broșuri) privind specificul acestui tip de intervenție, date administrative și de organizare. Persoanele care fac invitația trebuie să aibă cunoștințe despre PR și să fie pregătite să răspundă la întrebări. Este util ca evaluarea sau măcar parte din acest proces să aibă loc în incinta unde se vor desfășura viitoarele întâlniri de PR, pentru a facilita familiarizarea clientului cu locul și scăderea anxietății la nou. Această indicație este mai ales importantă atunci când evaluarea nu este făcută în cadrul serviciului unde se vor desfășura intervențiile de PR, pacientul fiind referit din alt serviciu (centre de evaluare, manager de caz).

CAPITOLUL V

ABORDAREA PREVENIRII RECĂDERILOR ÎN FORMATUL TERAPIEI DE GRUP. REGULI GENERALE DE ORGANIZARE A GRUPULUI

Terapiile de grup sunt considerate de unii practicieni a fi formatul cel mai indicat în tratamentul psihosocial al pacienților cu probleme de consum (APA, 1995).

Procesul terapiei de grup oferă participanților o serie de beneficii, printre care:

- ocazia de a întâlni oameni cu experiențe similare (normalizarea consumului și diminuarea intensității sentimentelor de rușine și vină);
- oferă o oportunitate de oglindire și feed-back față de propriul comportament de consum;
- ocazia de a învăța noi metode și strategii de menținere a abstinentei practicate cu succes de colegii de grup;
- îmbunătățește abilitățile de comunicare;
- crește rezistența la frustrare;
- crește disponibilitatea de a respecta reguli și un program prestabilit (vezi Capitolul VI);
- ocazia de a observa impactul (la nivel fiziologic, psihic și social) pe care consumul de substanță l-a avut asupra altor persoane, facilitând astfel contemplarea schimbării;
- ocazia de a primi felicitări pentru succesul în atingerea obiectivului de la un număr mare de persoane și de afirmare publică a autoeficienței;
- creează un climat de suport și înțelegere;
- sunt cost-eficiente (mai mulți pacienți pot beneficia de intervențiile realizate cu un singur client).

Beneficiile unei terapii de tip unu-la-unu determinate de relația directă și imediată a clientului cu terapeutul său pot fi replicate în formatul de grup de un terapeut/co-terapeut experimentat.

Există o literatură abundentă care detaliază dinamica proceselor de grup și specifică rolurile diferite pe care terapeuții trebuie să le joace de-a lungul existenței unui grup terapeutic. Iată câteva principii directoare:

- Este responsabilitatea terapeutului/terapeuților de a satisface nevoia clienților de **structură** (respectarea limitelor de timp, a responsabilităților membrilor, respectarea programului anunțat) și de **protecție** (confidențialitate, control cognitiv asupra activităților, stoparea confruntărilor agresive sau a ieșirilor violente).
- Gradul de implicare a terapeuților în dinamica procesului de grup este cel mai mare la constituirea grupului, scăzând pe măsură ce grupul își găsește o identitate și un ritm propriu de lucru, aceștia păstrând însă tot timpul poziția de lideri formali.
- Contractele generale ca și cele punctuale, agreate în cadrul unei ședințe trebuie respectate de terapeuți și de clienți.
- Este necesar ca atenția terapeuților să aibă o dublă distribuție: **la conținut** (ce se spune în grup de către fiecare client în parte) și **la proces** (care este dinamica grupului la un moment dat).
- Este normal să apară lideri informali printre clienți. Terapeuții vor încuraja, pe de o parte, tendința spre autonomizare (de exemplu, personalizarea unei teme pentru acasă pentru a corespunde nevoilor proprii, inițiativele extra-grup îndreptate spre întraajutorare), dar vor confrunța și vor rezolva inițiativele de spargere a limitelor agreate de grup, tendințele spre izolare (individuală sau în grupuscule) sau, dimpotrivă, de acaparare a timpului de către o singură persoană.
- La terminarea grupului, terapeuții vor acorda timp clienților să exprime sentimentele (tristețe, furie, frică) cauzate de acest eveniment și îi vor asista în a găsi soluții de continuare a procesului terapeutic.

Practica unui grup de PR nu se constituie ca o excepție de la aceste principii. Există câteva particularități, însă, care decurg din

- durata scurtă a intervenției;
- formatul mixt (de instruire și de terapie);
- obiectivul clar definit (modificarea comportamentului de consum) coexistă cu o problemă personală potențial severă.

Grupurile de prevenirea recăderilor sunt limitate în timp. Numărul ședințelor variază, fiind de obicei în jur de 12. Frecvența acestora este de maxim două pe săptămână, una pe săptămână în regim de ambulator și chiar mai mult de două în regim de centru rezidențial. Durata unei ședințe de grup este de 1,5–2 ore.

Structura modulară a acestor grupuri permite adaptarea conținutului la nevoile și particularitățile clienților. În general, după parcurgerea unui număr de ședințe a căror tematică are aplicabilitate generală (balanța decizională și stabilirea obiectivului de tratament, managementul situațiilor de risc, managementul poftelor de consum),

terapeuții și clienții pot cădea de acord asupra tematicii ședințelor următoare. În experiența noastră, clienții, mai ales cei aflați la prima experiență de grup, dezvoltă o puternică aderență la procesul de grup și vor resimți o puternică nevoie de a vorbi despre experiențele și problemele personale. Acest fapt poate prejudicia succesul grupului în a lucra și a-și însuși noțiunile de prevenirea recăderilor. De aceea noi propunem clienților noștri organizarea unui grup de suport (eventual în regim deschis și, astfel, noi clienți pot lua contact direct cu beneficiarii intervenției de tip prevenția recăderilor) fie concomitent, fie după terminarea modulului de PR. De asemenea, la cerere, clienții pot primi intervenții terapeutice în regim de ședință individuală.

În constituirea și derularea activităților într-un grup de PR, terapeuții vor trebui să ia decizii privind următoarele aspecte:

1. Terapeut sau terapeut și co-terapeut?

Wanigaratne et al. (1997) recomandă intervențiile realizate de un cuplu de terapeuți, preferabil bărbat-femeie (astfel, sunt modelate în fața clienților moduri sănătoase de interacțiune între cele două sexe, luarea în comun a deciziilor, rezolvarea problemelor și a conflictelor). Este important ca terapeuții să observe dinamica interacțiunii cu clienții pentru a preîntâmpina apariția de parti-pris-uri, separarea clienților în două tabere, în funcție de terapeutul preferat. Fiecare terapeut trebuie să aibă clar în minte care este rolul său în fiecare ședință și să coopereze cu colegul său în management-ul grupului. Absența unuia dintre terapeuți trebuie motivată în fața grupului și anunțată dinainte. Foarte importante sunt ședințele de pregătire a fiecărui grup și cele de evaluare post-grup (cel puțin 30 de minute fiecare).

2. Grup omogen sau heterogen din punct de vedere al obiectivului terapeutic?

În anumite cazuri, consumul controlat este un obiectiv acceptabil. El poate fi atins în cazuri de consum care asociază o problemă mai puțin severă. Eșecuri repetate ale atingerii acestui obiectiv pot „convinge” clientul de necesitatea modificării acestuia, în sensul vizării abstinentei. În experiența noastră, grupurile mixte funcționează la fel de bine ca și cele omogene, clienții având de câștigat din expunerea la experiențe diferite privind consumul. Literatura de specialitate susține acest punct de vedere (Wanigaratne et al, 1997)

3. Grup omogen sau heterogen din punct de vedere al substanței de abuz?

Literatura nu exclude în principiu heterogenitatea grupului din punct de vedere al substanței de consum. Totuși, din cauza prejudecăților sociale care îi vizează pe consumatorii de droguri ilicite, nu este recomandabil a se amesteca drogurile licite cu cele ilicite.

4. Care ar trebui să fie proporția bărbați-femei într-un grup?

Consumul problematic de substanțe are anumite particularități legate de gen și acest lucru este evident mai ales în cazul consumului de alcool. Este important să existe o proporție echilibrată bărbați-femei în grup. Este contraproductiv a avea o singură clientă în grup și, dacă nu există posibilitatea cooptării unei alte cliente, atunci acest dezechilibru poate fi compensat dacă terapeutul sau unul dintre co-terapeuți este femeie. Având în vedere că uzul de substanțe se asociază, în cazul femeilor, cu un nivel mai mare de stigmatizare, este important ca terapeutul să ofere suport cliențelor și să confrunte clar orice încercare de umilire venită din partea altor membri ai grupului. De asemenea, studiile arată în cazul femeilor cu consum problematic de alcool o prevalență a tulburărilor anxioase și depresive primare asociate problemei de consum mai mare decât la bărbați, ceea ce face necesară o evaluare atentă și, posibil, un tratament specific adiacent.

5. Cu plată sau gratis?

Nu există dovezi care să probeze eficiența superioară a grupurilor/intervențiilor individuale în care clienții contribuie financiar. Este însă necesar să existe o regulă clară care să reglementeze acest aspect de la bun început. Nu este acceptabil ca clienții să încerce să cumpere pe parcursul grupului bunăvoința terapeuților și nici ca terapeuții, frustrați că efortul lor nu este răsplătit financiar, să ajungă să-și persecute clienții prin lipsă de profesionalism. Pe de altă parte, este contraproductivă situația în care clienții sunt niște receptori pasivi. De aceea, se vor stabili încă din prima ședință niște responsabilități individuale față de organizarea întâlnirilor (vezi Capitolul VI).

6. Aspecte legate de cadrul legal și confidențialitate

Garantarea confidențialității participării și informațiilor pe care un client le furnizează terapeuților și grupului este esențială și trebuie să facă parte din regulile nenegociabile după care va funcționa terapia/grupul.

Multe țări (inclusiv România) au adoptat o legislație potrivit căreia un consumator acuzat de anumite infracțiuni asociate consumului (conducere sub influența alcoolului, diverse ofense comise în spațiul public în condiții de intoxicație acută etanolică, posesia de droguri în vederea consumului propriu) pot beneficia de suspendarea pedepsei, în cazul în care cel în cauză este de acord să participe într-o formă de tratament. Acest sistem de includere în tratament este demonstrat de numeroase studii ca fiind eficient în modificarea comportamentului de consum și diminuarea problematicei asociate (APA, 1995, Carroll, 1999).

Așa cum am amintit, PR are rezultate cu atât mai bune cu cât este aplicată mai precoce, când dependența nu s-a instalat (consum problematic, abuziv, de tip *binge*) sau nu este foarte veche. De aceea, autorii acestui manual recomandă includerea acestui tip de intervenție ca alternativă la sancțiunea penală.

Studiile au demonstrat că unul dintre factorii care au cea mai mare influență asupra retenției în tratament și a succesului unei intervenții terapeutice este gradul de satisfacție al clientului față de relația cu terapeutul său (nu însă și percepția terapeutului asupra calității actului terapeutic). Un terapeut eficient va acorda timp și atenție formării și menținerii unei bune relații terapeutice cu clientul său (Oancea, 2002). Clienții care suferă de pe urma consumului problematic de substanțe formează un grup cu un set de particularități distincte. Ei sunt în special sensibili la atitudinile agresive, rejectante și de blamare. Astfel de atitudini venite din partea profesionistului sunt de natură să compromită calitatea actului și intervențiilor terapeutice. Printre aspectele de conduită care sunt de natură să faciliteze formarea alianței terapeutice se numără:

- Atitudine de acceptare, ne-moralizatoare față de client (inclusiv după o recădere);
- Acceptarea persoanei (ceea ce nu înseamnă aprobarea comportamentului de consum);
- Încurajarea clienților în a menține contactul după experimentarea unei recăderi;
- Încurajarea clienților în a-și asuma parte din responsabilitatea actului terapeutic (clienții sunt experți în experiențele lor de viață, ei pot acționa ca proprii lor terapeuți);
- Confruntare empatică și suportivă;
- Sinceritate, transparență.



CAPITOLUL VI

PRIMA ȘEDINȚĂ DE GRUP. STABILIREA REGULILOR DE FUNCȚIONARE A GRUPULUI

A organiza grupul presupune a trasa granițele externe și regulile interne de funcționare (în termeni de proces), precum și a prezenta temele abordate și conceptele utilizate (în termeni de conținut).

Pentru a favoriza crearea unui climat terapeutic și a facilita procesele de grup relevante pentru atingerea obiectivelor este important să fie formulate norme sau reguli interne de funcționare a grupului. Rolul terapeuților ca lideri formali ai grupului este de a asigura menținerea structurii interne a grupului și un cadru protectiv pentru membrii grupului, în special în faza de inițiere. Pe măsura evoluției grupului, este de așteptat ca membrii să preia tot mai multe responsabilități și să aibă din ce în ce mai puțină nevoie de structură și protecție din exterior. O bună evoluție a grupului corelează cu echilibrul între normele impuse de lider și cele formulate de membrii grupului, precum și cu împărțirea responsabilităților în grup.

Principalele reguli legate de procesul grupului sunt:

- ☐ confidențialitatea;
- ☐ nonviolența.

Se recomandă ca aceste reguli să fie formulate și explicate de către terapeuți și să aibă un caracter nenegociabil. De asemenea, este indicat să fie stabilite sancțiuni clare în caz de nerespectare a regulilor agreeate în grup.

Regula confidențialității facilitează crearea unei bune alianțe terapeutice și cadrul terapeutic adecvat pentru explorarea proceselor intrapsihice și a relațiilor interpersonale. Sugerăm următoarea formă de contract de confidențialitate:

„Tot ceea ce spuneți și se întâmplă în ședințele de grup este confidențial. Fiecare client este liber să vorbească despre propriile lui experiențe în grup, dar nu și despre ale colegilor de grup.”

Mențiuni speciale privind confidențialitatea:

- După formularea contractului de confidențialitate la începutul ședinței, cereți expres acordul membrilor grupului. Nu vă mulțumiți cu aprobări non-verbale și nu omiteți nici un membru;

- Este util să reamintiți acest contract la începutul fiecărei ședințe de grup;
- Este posibil ca terapeuții să își inter- sau supervizeze activitatea în cadrul grupului cu un alt terapeut. Amintiți acest aspect membrilor grupului și explicați ce înseamnă supervizarea, cum aceasta este în favoarea calității prestației terapeuților și cum ea nu va afecta contractul de confidențialitate.
- Fiți pregătiți să faceți față presiunilor venite din partea familiei, rudelor sau colegilor. Cele mai bune intenții ale unei alte persoane nu justifică periclitarea succesului terapeutic și a imaginii de profesionist!

Nerespectarea regulii trebuie confruntată și sancționată prompt!

Regula privind nonviolența se referă la neacceptarea comportamentului violent (fizic sau verbal) și a confruntărilor agresive între membrii grupului. Este responsabilitatea liderilor să confrunte încălcarea regulii.

Regulile privind structura grupului se referă la condițiile și responsabilitățile legate de participarea la grup. Pentru buna funcționare a grupului, se recomandă ca o parte dintre aceste reguli să fie nenegociabile, iar altele stabilite în funcție de nevoile specifice ale membrilor grupului.

Regulile nenegociabile legate de structură vizează:

- ☐ conținutul unor ședințe (vezi mai jos lista temelor de bază);
- ☐ punctualitatea;
- ☐ modalitatea de plată a programului (vezi Capitolul V);
- ☐ efectuarea sarcinilor/temelor pentru acasă.

Încă din prima ședință de grup, clienților li se va prezenta jurnalul, în care, pe toată perioada desfășurării grupului, vor completa aspecte semnificative legate de situațiile de risc, de pofta de consum și soluțiile identificate de fiecare (vezi caietul de lucru).

Alte aspecte legate de funcționarea grupului:

- ☐ O regulă importantă legată atât de protecția grupului cât și de structură este aceea de *a nu permite accesul clienților aflați în stare de intoxicație* cu alcool sau droguri; clienții sunt încurajați să revină în program la următoarea ședință (și, eventual, înainte de aceasta, să participe și la o ședință individuală, atunci când structura programului include astfel de ședințe).
- ☐ O altă normă de impusă de terapeuți precizează faptul că *materialele distribuite și utilizate în grup constituie proprietatea grupului și sunt netransmisibile fără acordul explicit al terapeuților*.
- ☐ Trebuie stipulat clar că *tăcerea nu constituie un răspuns acceptabil în grup* (clienții au opțiunile „da”, „nu”, „nu știu”, „nu vreau”, dar nu și non-răspunsul); fiecare e liber să aleagă a nu răspunde la unele întrebări; clienții grupului vorbesc pe rând. Răspunsurile non-verbale trebuie verificate de terapeuți.

- ❑ Terapeuții încheie un contract cu fiecare client pentru *participarea la toate ședințele din program*. Membrii grupului nu părăsesc grupul fără a anunța terapeuții și eventual colegii de grup și a discuta în prealabil cu terapeuții despre decizia lor.

Regulile privind structura și funcționarea grupului care se recomandă a fi **negociate cu clienții** se referă la:

- ❑ **Frecvența ședințelor** (săptămânale/la două săptămâni).
- ❑ **Ora de începere** (poate fi negociată în funcție de programul clienților și al terapeuților sau stabilită de terapeuți și comunicată clienților).
- ❑ **Ordinea temelor** abordate în grup (ordinea anumitor teme obligatorii poate fi negociată; ex., a face față furiei, depresiei, anxietății).
- ❑ **Tema ședințelor opționale** (comportament asertiv, gestionarea timpului liber, luarea deciziilor, rezolvarea problemelor, expunerea la stimuli, ședință cu un membru al rețelei de suport etc.).
- ❑ **Voluntariat** pentru prepararea și servirea cafelei, ceaiului, pentru aranjarea sălii (scaune, *flipchart*, golirea scrumierelor etc.), menținerea limitelor de timp. Se recomandă încurajarea clienților în a-și asuma (eventual prin rotație) astfel de responsabilități, pentru a stimula o atitudine activă în grup.
- ❑ **Înregistrarea ședințelor** (audio/video). Terapeutul cere clienților permisiunea de a utiliza camera video sau reportofonul, asigurându-i că materialul înregistrat va fi folosit doar în discuția post-grup dintre terapeuți. În cazul înregistrării video, orice client care nu este de acord să fie filmat se poate plasa în afara ariei filmate, iar în situația utilizării reportofonului, clienții pot solicita oprirea acestuia atunci când lucrează pe o problemă personală. Clienților li se va solicita să semneze un formular de consimțire.
- ❑ **Durata și numărul pauzelor** (având în vedere că durata recomandată a ședințelor de grup este între 90 și 180 de minute, incluzând pauzele).
- ❑ **Fumatul** (eventual va fi permis doar în timpul pauzelor, în afara sălii de grup).
- ❑ **Consumul de alimente/cafea/ceai** în timpul ședințelor (unii terapeuți recomandă ca acesta să aibă loc doar în pauze, pentru a favoriza concentrarea pe temele lucrate).
- ❑ **Absenteismul** (anunțat din timp, cu minimum o zi, dacă e posibil; unele grupuri pot dori să instituie o regulă în caz de absenteism major – de exemplu, excluderea din grup la 3 absențe consecutive).
- ❑ **Închiderea telefoanelor mobile** pentru a nu perturba lucrul în grup.

Cu excepția regulilor nenegociabile, se pot aduce completări și pot fi renegociate diverse alte aspecte care țin de funcționarea grupului, pe măsura apariției altor nevoi în grup.

Clienții sunt îndrumați să noteze regulile stabilite și agreeate în grup în rubrica specială din caietul de lucru. De asemenea, regulile pot fi notate pe *flipchart* și afișate în sala de terapie sau redactate de terapeuți și distribuite membrilor la următoarea ședință de grup.

Propunem următoarea structură tematică pentru un program de Prevenirea Recăderilor:

Temele de bază	Teme opționale
• Efectele consumului și balanța decizională; • Situațiile de risc. Tipuri. Strategii de a face față situațiilor de risc; • <i>Craving</i>-ul. A face față <i>craving</i>-ului; • A face față unei alunecări. Planul de urgență; • Depresia. A face față depresiei; • Anxietatea. A face față anxietății; • Furia. A face față furiei; • Capcanele psihologice și erorile de gândire; • Stilul de viață. Stresul.	• Exerciții de centrare, relaxare; • Comportamentul asertiv; • Ședință cu participarea unuia dintre membrii rețelei de suport a fiecărui client (o rudă, un prieten); • Expunerea la stimuli; • Luarea deciziilor; • Rezolvarea problemelor; • Gestionarea timpului liber; • Altele.

Structura generală a ședințelor și a metodelor utilizate

- Efectuarea unui exercițiu de centrare la începutul fiecărei ședințe (vezi Anexa 3); tehnica centrării e utilă pentru a facilita calmarea pacientului și intrarea în contact cu gândurile și sentimentele sale.
- Prezentarea structurii ședinței în curs.
- Scurte *feed-back*-uri de la clienți cu privire la ședința precedentă și la temele pentru acasă,
- *Feed-back* despre atingerea obiectivelor (modul în care au făcut/nu au făcut față clienții diferitelor situații, activitățile clienților dintre ședințe).
- Prezentarea subiectului pentru ședința în curs și discuție despre relevanța acestuia pentru program (discuție de grup și, eventual, *brainstorming* cu notare pe *flipchart* a motivelor pentru care e importantă abordarea subiectului).
- Analize pe cazuri individuale.
- Exerciții de a face față (*brainstorming*, discuție de grup, jocuri de rol).
- Stabilirea temelor pentru acasă. Exemple de sarcini pentru acasă: 1. Completarea jurnalelor de *craving*/consum. 2. Notarea situațiilor de mare risc.

- Exercițiu de relaxare la finalul fiecărei ședințe (vezi Anexa 3).
- Pauze de cafea, fumat (după cum au fost stabilite în grup).
- Completarea chestionarului de evaluare a ședinței (vezi Anexa 4).

Obiective pentru terapeuți în prima ședință de grup:

- Să faciliteze procesul de formare a grupului;
- Să transmită clienților modelul general de prevenire a recăderilor (teme, metode);
- Să faciliteze stabilirea obiectivelor individuale ale clienților;
- Să prezinte un exercițiu/o tehnică de relaxare;
- Să prezinte caietul de lucru și modul de completare a jurnalului;
- Să prezinte și aplice chestionarul de evaluare a ședinței.

Activități și metode:

- Prezentarea terapeuților;
- Prezentarea individuală a clienților – membri ai grupului;
- Prezentarea generală a programului de prevenire a recăderilor de către terapeuți (temele abordate în program, structura ședințelor, prezentarea caietelor de lucru);
- Stabilirea regulilor de bază și a contractelor terapeutice (membrii grupului își dau acordul pentru respectarea normelor propuse de terapeuți; formulează și agreează alte norme); terapeuții trebuie să obțină de la fiecare membru în parte acordul pentru reguli!
- Stabilirea obiectivelor individuale (abțință sau consum controlat) și realizarea contractului terapeutic; Obiectivele pot fi renegociate.
- Prezentarea unui exercițiu de centrare și a unui exercițiu de relaxare;
- Prezentarea caietului de lucru și a modului de completare a jurnalului;
- Prezentarea și completarea chestionarului de evaluare.

Instrucțiuni pentru terapeuți (probleme, sfaturi practice):***Capcane de evitat în prima ședință***

- Stabilirea regulilor exclusiv de către terapeuți și impuse rigid clienților (lideri autoritari).
- Negocierea tuturor regulilor; plasarea responsabilității stabilirii regulilor exclusiv în sarcina clienților (lideri excesiv de permisivi).
- Desconsiderarea faptului ca unii clienți nu au acceptat regulile.
- Desconsiderarea nerespectării regulilor stabilite și neconfruntarea, respectiv nesancționarea încălcării lor.
- Confruntarea agresivă (de ex., a încălcării normelor de grup).

- Concentrarea excesivă pe reguli în detrimentul observării unor procese și conținuturi din grup.
- Contestarea caracterului realist al obiectivelor clienților (terapeutul se pune în poziția de expert - „eu știu mai bine, sunt specialist, obiectivul tău nu e realist!”).

Recomandări

- Să confrunte empatic și suportiv comportamentele care contravin normelor de funcționare stabilite și tendințele la izolare/monopolizare a discuției.
- Să încurajeze exprimarea nevoilor în grup și acordarea de *feed-back*.
- Să încurajeze contactul și suportul între membrii grupului.
- Să încurajeze inițiativele personale.



CAPITOLUL VII

BALANȚA DECIZIONALĂ. STABILIREA OBIECTIVULUI

Importanța temei în contextul programului și față de obiectivele clienților

Întrebarea „ce fel de clienți ați dori să aveți” a fost pusă într-un sondaj ad-hoc realizat în timpul unui eveniment de formare la care am participat. Toți practicienii chestionați au fost de acord că și-ar dori să aibă în tratament clienți motivați, gata să pună în practică strategiile discutate în terapie și care să mențină schimbarea pe termen lung. Cel mai adesea însă, declarațiile de genul „*nu voi mai consuma niciodată*”, „*sunt hotărât să renunț pentru totdeauna la alcool*”, semnifică, în cazul în care sunt oneste, o conștientizare acută a efectelor negative ale consumului, dar și o lipsă de cunoaștere a procesului de recuperare și o negare a fenomenului ambivalenței. Este responsabilitatea terapeutului de a-și ajuta clientul să cunoască ambele fațete ale medaliei și să ia o hotărâre informată în acest sens. Kris (cit. de Miller, 1999) compară procesul lămuririi ambivalenței, această pendulare înapoi – înainte, între avantajele și dezavantajele consumului, cu procesul deblocării unui automobil blocat în zăpadă, când, la un moment dat, din această mișcare, se creează elanul și energia necesare deblocării automobilului, propulsării clientului înainte în ciclul schimbării, spre acțiune și menținerea schimbării.

Ideal, clienții recrutați într-un program de prevenire a recăderilor ar trebui să se afle în stadiul de menținere a schimbării. Realitatea, mai ales în condițiile lipsei serviciilor alternative, este că un terapeut de PR va trebui să se adreseze și nevoilor unor clienți aflați în stadii mai precoce în ciclul schimbării. Pe de altă parte, indiferent de stadiul în care se află, intervențiile de creștere și menținere a motivației sunt utile, iar eficiența lor este demonstrată (Miller, 1999).

Balanța decizională este o tehnică de listare în paralel a avantajelor și dezavantajelor unui comportament, așa cum sunt ele percepute de client la momentul respectiv.

Efectuarea unei balanțe decizionale la începutul unui program de prevenire a recăderilor are următoarele obiective:

- clarificarea ambivalenței clientului față de renunțarea la substanță (modificarea comportamentală propusă),

- ajută clientul să pună într-o perspectivă mai largă consecințele comportamentului de consum,
- oferă clienților un instrument valoros pe care îl vor putea folosi singuri mai târziu, pentru a se auto-motiva sau ca strategie de *coping*,
- identificarea ariilor în care substanța are rol de mecanism de *coping* (similar unei *analize funcționale* - vezi Cap. XI) și orientarea intervențiilor ulterioare spre identificarea unor strategii pentru a obține efectul respectiv, altele decât consumul de substanță,
- oferă clienților un prilej de a vorbi deschis despre experiențele lor pozitive și negative cu substanța de abuz, stimulează interactivitatea și relaționarea între membrii grupului proaspăt format, crește calitatea procesului de grup.

În finalul redactării balanței decizionale, clienții sunt invitați să-și formuleze un **obiectiv privind comportamentul de consum**. Acest obiectiv trebuie să fie SMART.

- **Specific** = bine definit. Terapeuții nu vor accepta obiective vagi cum ar fi „vreau să mă simt mai bine” sau „vreau să nu-mi mai fac rău”. Se va avea în vedere formularea expresă a obiectivului ca o modificare a comportamentului de consum.
- **Măsurabil** = obiectivul va fi formulat ținându-se seama de criterii concrete (abstinență, unități de alcool, număr de cunoștințe atrase în rețeaua de suport etc.) Obiective precum „vreau să consum mai puțin” sau „vreau să am mai mulți prieteni neconsumatori” nu sunt măsurabile. În cazul consumatorilor de alcool, este importantă însușirea informației privitoare la unitățile de alcool, *drink-uri*. În felul acesta, indiferent de obiectiv, se pot cuantifica magnitudinea alunecărilor și recăderilor.
- **Agreate cu terapeutul, Acceptabile** = terapeutul nu va fi de acord să ajute clientul să atingă obiective cu care nu este de acord. În această categorie intră obiectivele care aduc o încălcare a principiilor etice de lucru sau obiectivele a căror atingere s-ar putea răsfărânge negativ asupra clientului.
- **Realist** = atingerea obiectivului trebuie să fie posibilă, având în vedere nivelul de resurse de care dispune clientul. O problemă sensibilă este acceptarea unui obiectiv de consum controlat la un consumator de alcool la care anamneza arată o incapacitate de control asupra comportamentului de consum. Terapeutul poate lucra pe un asemenea obiectiv, dar va confrunța neîndeplinirea lui la timp și va încerca să motiveze clientul înspre obținerea abstinentei (adesea mai ușor de atins decât consumul controlat la acești clienți).
- **Timp-determinat** = se specifică un interval de timp pe durata căruia va fi pusă în aplicare schimbarea („vreau să rămân abstinent pe durata acestui pro-

gram – 12 săptămâni”). Pentru clienții aflați într-un stadiu mai precoce al schimbării, se va formula o dată de la care se va pune în aplicare schimbarea, împreună cu măsurile de luat până atunci („de la 20 Noiembrie 2004, mă voi lăsa de fumat”).

Este recomandabil ca formularea verbală a obiectivului să fie însoțită de punerea acestuia pe hârtie, sub forma unui contract pe care clientul îl va semna. De asemenea, obiectivele clienților pot fi afișate pe o foaie de *flipchart*, în sala unde se desfășoară ședințele de grup. La rândul său, terapeutul își va declara acceptul de a-și ajuta clientul să-și atingă obiectivul propus.

Obiectivele terapeuților:

- Să prezinte și să utilizeze o tehnică de centrare a atenției;
- Să realizeze în grup o balanță decizională;
- Să faciliteze efectuarea balanțelor decizionale individuale ale clienților;
- Să prezinte pragul de consum periculos și modalitatea de măsurare în unități a consumului (pentru alcool);
- Să încurajeze exprimarea obiectivelor individuale în cantități clar definite.
- Să prezinte și să explice modul de efectuare a temelor pentru acasă;
- Să practice un exercițiu de relaxare.

Activități și metode:

- Efectuarea unui scurt exercițiu de centrare a atenției;
- Avantajele și dezavantajele consumului de alcool, pe termen scurt și lung; balanța decizională (discuții de grup, *brainstorming*, prezentare, demonstrație);
- Pragul de consum periculos și măsurarea consumului în unități (pentru alcool).
- Distribuirea și explicarea sarcinilor pentru acasă;
- Practicarea unui exercițiu de relaxare.

Instrucțiuni pentru terapeuți (probleme, sfaturi practice):

- Atitudinea nemoralizatoare a terapeutului, mai ales pe perioada declarării efectelor pozitive ale consumului este esențială. Adesea clienții sunt reticenți în a vorbi deschis despre acestea, temându-se să nu fie admonestați, iar buna lor credință în a realiza schimbarea pusă sub semnul îndoielii.
- Este extrem de importantă formularea obiectivelor de consum SMART. În experiența noastră, clienții care formulează obiective imprecise sunt încă ambivalenți față de schimbare și necesită intervenții motivaționale consistente cu un stadiu mai precoce al ciclului schimbării.

gram – 12 săptămâni”). Pentru clienții aflați într-un stadiu mai precoce al schimbării, se va formula o dată de la care se va pune în aplicare schimbarea, împreună cu măsurile de luat până atunci („de la 20 Noiembrie 2004, mă voi lăsa de fumat”).

Este recomandabil ca formularea verbală a obiectivului să fie însoțită de punerea acestuia pe hârtie, sub forma unui contract pe care clientul îl va semna. De asemenea, obiectivele clienților pot fi afișate pe o foaie de *flipchart*, în sala unde se desfășoară ședințele de grup. La rândul său, terapeutul își va declara acceptul de a-și ajuta clientul să-și atingă obiectivul propus.

Obiectivele terapeuților:

- Să prezinte și să utilizeze o tehnică de centrare a atenției;
- Să realizeze în grup o balanță decizională;
- Să faciliteze efectuarea balanțelor decizionale individuale ale clienților;
- Să prezinte pragul de consum periculos și modalitatea de măsurare în unități a consumului (pentru alcool);
- Să încurajeze exprimarea obiectivelor individuale în cantități clar definite.
- Să prezinte și să explice modul de efectuare a temelor pentru acasă;
- Să practice un exercițiu de relaxare.

Activități și metode:

- Efectuarea unui scurt exercițiu de centrare a atenției;
- Avantajele și dezavantajele consumului de alcool, pe termen scurt și lung; balanța decizională (discuții de grup, *brainstorming*, prezentare, demonstrație);
- Pragul de consum periculos și măsurarea consumului în unități (pentru alcool).
- Distribuirea și explicarea sarcinilor pentru acasă;
- Practicarea unui exercițiu de relaxare.

Instrucțiuni pentru terapeuți (probleme, sfaturi practice):

- Atitudinea nemoralizatoare a terapeutului, mai ales pe perioada declarării efectelor pozitive ale consumului este esențială. Adesea clienții sunt reticenți în a vorbi deschis despre acestea, temându-se să nu fie admonestați, iar buna lor credință în a realiza schimbarea pusă sub semnul îndoielii.
- Este extrem de importantă formularea obiectivelor de consum SMART. În experiența noastră, clienții care formulează obiective imprecise sunt încă ambivalenți față de schimbare și necesită intervenții motivaționale consistente cu un stadiu mai precoce al ciclului schimbării.

Extrase din grup

Vom prezenta un exemplu de balanță decizională realizată în grup.

AVANTAJE CONSUM PE TERMEN SCURT	AVANTAJE CONSUM PE TERMEN LUNG
- anturaj, grup - bucurie, bună dispoziție - poți spune ce vrei și nu te contrazice nimeni - problema pare să aibă o rezolvare - gustul - eliberare de soartă - evadare - relaxare imediată - amorteală, reducerea durerii - putere de convingere	- poți să-ți desfășori activitățile - scapi de teamă - plăcere - scapi din situația din familie - refugiu - detașare de realitate
DEZAVANTAJE CONSUM PE TERMEN SCURT	DEZAVANTAJE CONSUM PE TERMEN LUNG
- nu te poți opri - rău, greață, vomă - tremurături - imobilizat la pat - delir, coșmaruri - voci - se rupe filmul - ajungi să faci rău altora - te izolezi - a doua zi nu mai poți face nimic - vrei să-ți faci rău - sunt morocănos	- frică, anxietate - destrămarea familiei - tulburări de personalitate, se modifică comportamentul - ciroză - pancreatită - scade memoria - violență - gânduri și încercări de sinucidere - vinovăție, jenă - probleme financiare
	EFECTE CIUDATE
	- dilatarea timpului - eu devin două persoane - gânduri în avalanșă - comprimarea timpului

Note la ședința Balanță Decizională:

- Clienții au sugerat să modificăm balanța pentru a include o nouă categorie – *efecte ciudate*. O clientă experimentase într-un mod extrem de neplăcut simptomele sevrajului complicat cu delirium tremens, iar alți doi clienți din acest grup aveau afectări organice severe determinate de consumul îndelungat de alcool.

Aceste elemente sunt surprinse de balanța decizională. Faptul că am acceptat să ne abatem de la modelul tradițional al balanței și să includem o nouă categorie a fost de natură să ajute clienții să personalizeze acest instrument, să-l utilizeze în folosul propriu.

- Un alt element pe care balanța de mai sus îl exemplifică este varietatea experiențelor printre clienții grupului: același simptom poate fi receptat ca un avantaj sau ca un dezavantaj de clienți diferiți. Această experiență îi ajută pe membrii grupului să vadă că fiecare consumă și resimte consumul de alcool în mod diferit. Putem specula că, astfel, crește motivația de a identifica soluții personalizate de a face față.

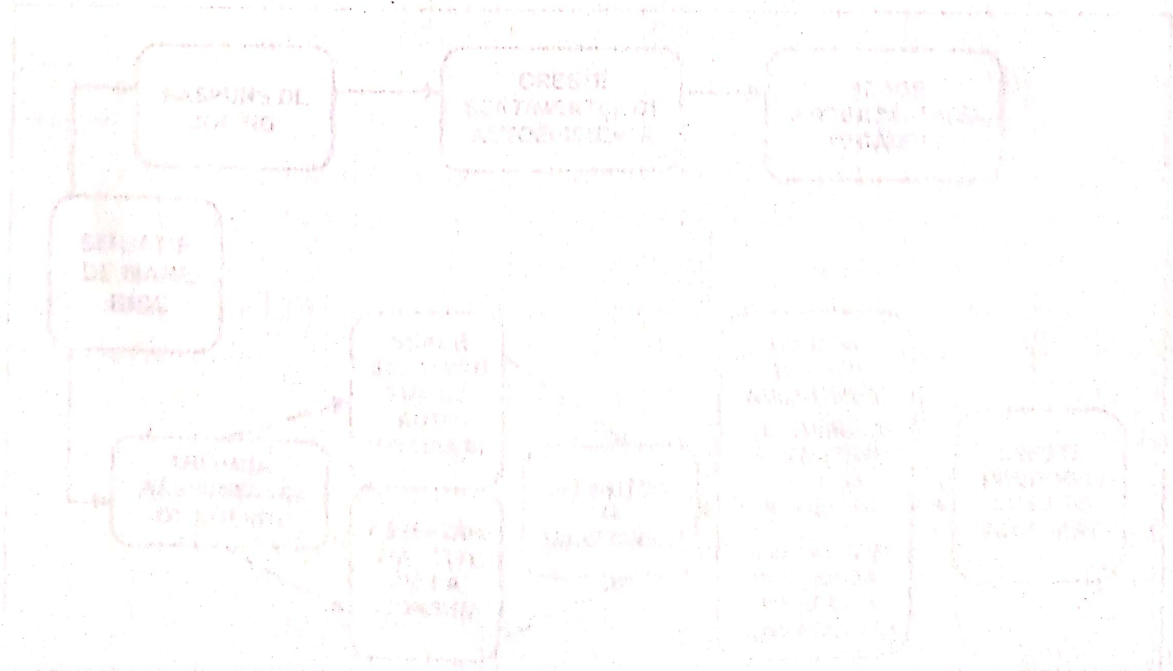


Figura 8.1. Un exemplu de balanță decizională pentru un grup de clienți.

CAPITOLUL VIII

SITUAȚIILE DE (MARE) RISC

Importanța temei în contextul programului și față de obiectivele clienților:

Studiile pe tema prevenirii recăderilor relevă faptul că managementul adecvat al situațiilor de (mare) risc (SMR) crește semnificativ probabilitatea menținerii schimbărilor comportamentale și atingerii obiectivelor de consum, de o manieră uneori atât de spectaculoasă încât în prezent sunt derulate unele programe care se ocupă exclusiv de gestionarea acestor situații (Annis & Davis (1988), cit. de Wanigaratne et. al, 1997).

O **situație de (mare) risc** este definită în sens larg ca *orice situație care presupune o amenințare la adresa sentimentului de control al clientului și crește riscul potențialei recăderi*. În absența *abilităților specifice de a face față*, cel mai obișnuit răspuns la o situație de mare risc este o alunecare sau, mai probabil, chiar o recădere (vezi figura 8.1).

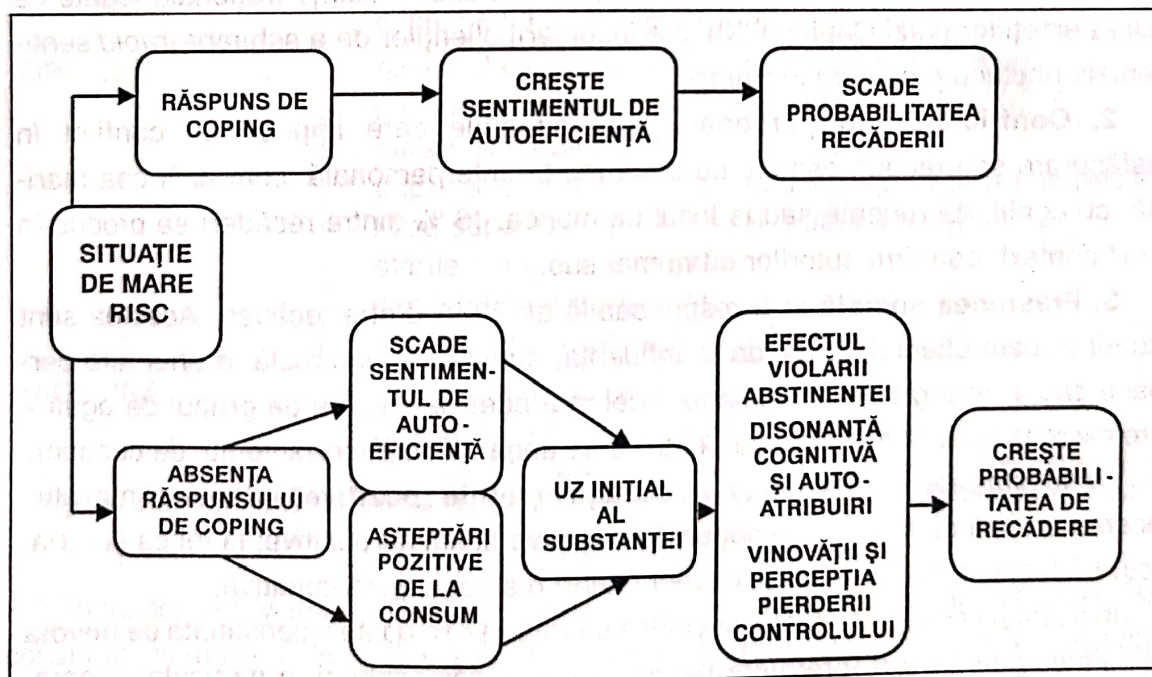


Figura 8.1. Rolul situațiilor de risc în modelul prevenirii recăderilor
(după Marlatt și Gordon, 1985)

Studiile realizate asupra procesului recăderii urmăresc identificarea unor categorii de situații de risc. Marlatt și Gordon (1985), analizând episoade de recădere

ale unor clienți cu diferite probleme de adicție (alcool, heroină, nicotină, joc de noroc și bulimie), identifică trei tipuri de situații de mare risc cunoscute sub denumirea de „Marele trio”. Acestea sunt:

1. *Stările emoționale negative;*
2. *Conflictele interpersonale;*
3. *Presiunea socială.*

1. Stările emoționale negative. Această categorie este reprezentată de așa-numitele *emoții dezadaptative*. Furia, frica, tristețea sunt toate emoții firești, pozitive, care ne ajută să ne adaptăm la realitate atât timp cât ele sunt adecvate cu situația: frică atunci când ne amenință un pericol, furie atunci când avem o problemă sau o nevoie nesatisfăcută, tristețe atunci când experimentăm o pierdere. Atunci când emoțiile sunt disproporționate în raport cu situația sau inadecvate – de exemplu dacă simțim tristețe (în loc de furie) atunci când o persoană încalcă o promisiune pe care ne-o făcuse – ele devin dezadaptative, nu ne ajută la atingerea scopurilor, sau, mai simplu, devin „negative”.

Marlatt și Gordon arată că aproximativ 35 % din totalul recăderilor se produc ca urmare a stărilor emoționale negative experimentate de clienți (frustrarea, mânia, anxietatea, depresia, plictiseala ș.a.), respectiv a unor credințe iraționale legate de trăirea emoțiilor (vezi Capitolul XI) și a încercării clienților de a schimba *rapid* sentimentele neplăcute pe care le trăiesc.

2. Conflictele interpersonale sunt situațiile care implică un conflict în desfășurare sau recent, asociat cu orice relație interpersonală, cum ar fi cea maritală, cu egalii, de rudenie sau la locul de muncă. 16 % dintre recăderi se produc în acest context, conform autorilor citați mai sus.

3. Presiunea socială ar fi responsabilă de 20 % dintre recăderi. Acestea sunt situații în care clientul răspunde la influența, directă sau indirectă, a unei alte persoane sau a unui grup de persoane – cel mai adesea e vorba de grupul de egali – care exercită presiune asupra sa pentru a se angaja în comportamentul de consum.

La aceste categorii de situații se adaugă **emoțiile „pozitive” intense** și mai ales trecerea bruscă de la stările emoționale negative la emoții pozitive; la fel ca și furia, frica, tristețea, și bucuria poate deveni uneori o emoție dezadaptativă.

În același context, o situație specifică de (mare) risc poate fi constituită de **nevoia consumatorului de autopremiere** pentru reușitele personale și în particular – paradoxal la prima vedere – pentru reușitele legate de atingerea obiectivelor de consum. *Persoanele cu probleme adictive tind să se autopremieze prin consumarea substanței.* De exemplu, un client cu dependență alcoolică aflat în perioada de menținere, după ce a reușit să mențină abținerea timp de 2 luni se poate premia printr-un pahar de vin, spunându-și „*pentru că am rezistat atât timp merit acum să beau un pahar!*”).

O trecere în revistă a literaturii referitoare la situațiile de risc, a dus la modificarea categoriilor lui Marlatt (Daley, 1997). Astfel, situațiile de risc pot fi înțelese ca apărând în urma **interacțiunii mai multor tipuri de factori** – factori care țin de client, de familia sa, de mediu și factori dependenți de forma de tratament primită, fiecare contribuind cu propriul set de variabile (vezi tabelul 10.1.).

Îndemnăm terapeuții care vor să practice Prevenirea Recăderilor să nu impună aceste seturi de variabile și categorii de situații de risc clienților lor, ci să extragă de la aceștia (fie direct, fie prin analiza jurnalelor de *craving/consum*) **situațiile personale de mare risc**. Conceptualizarea poate fi făcută ulterior și numai dacă este necesar.

În contextul acestei recomandări, oferim cu scop orientativ și informativ o listă a variabilelor cel mai frecvent asociate cu recăderea și implicate în declanșarea unor situații de risc, în funcție de substanța de abuz (figura 8.2).

Substanța de abuz	Variabile asociate frecvent cu recăderea și situațiile de mare risc
ALCOOL	- lipsa suportului familial și social - stările emoționale negative - nivel deficitar de abilități - evenimente negative de viață
OPIACEE	- nivelul de afectare produs de consumul de drog - nivelul de afectare prin tulburare psihiatrică - durata și modalitatea tratamentului primit - implicarea în activități de tip delincvență și criminalitate - lipsa suportului familial și al grupului de egali - stările emoționale negative - nivel deficitar de abilități - evenimente negative de viață
NICOTINĂ	- stări emoționale negative - probleme în relația cu familia și cu egalii.

Figura 8.2. Variabile asociate frecvent cu recăderea în funcție de substanța de abuz (după Catalano et al., cit. de Lowinson ed, 1997)

În modelul lui Marlatt și Gordon, confruntarea unui client cu o situație de mare risc constituie un moment de testare a abilităților clientului de a face față. Există două variante comportamentale de răspuns într-o situație de mare risc. În prima situație, persoana are un răspuns adecvat sau o modalitate adecvată de a face față (în plan cognitiv sau comportamental), ceea ce duce la creșterea încrederii persoanei în capacitatea sa de a face față unor astfel de situații și determină scăderea probabilității alunecării sau a recăderii. În cea de-a doua situație, persoana nu are un răspuns adecvat, ceea ce duce la scăderea sentimentului de eficiență personală (vezi figura 8.1).

A face față SMR – A RECUNOAȘTE, A EVITA, A FACE FAȚĂ

Pentru a anticipa și a se pregăti pentru situațiile de mare risc, clienții au nevoie să fie familiarizați cu situațiile comune majorității indivizilor, precum și cu cele personale. E bine ca ei să știe că – indiferent de cât de bine sunt pregătiți – pot fi încă luați prin surprindere. De aceea programul de prevenirea recăderilor se axează pe educarea clienților în a identifica și anticipa SMR și pe învățarea răspunsurilor eficiente de a face față acestora.

Pentru *identificarea* SMR, următoarele strategii s-au dovedit eficiente:

- evaluarea împreună cu clientul a circumstanțelor ultimei recăderi (unde, în compania cui se afla, ce a simțit, ce a gândit etc.),
- evaluarea experiențelor recente de *craving* și monitorizarea lor utilizând *jurnalul de craving*,
- chestionare de autoevaluare: *Inventory of Drinking Situations* (Annis, 1982), *Inventory of Drug Taking Situations* (Annis, 1985), *Identifying High Risk Situations Inventory* (Daley, 1986), *Substance Abuse Problems Checklist* (Caroll, 1983), *High Risk Situation List and Worksheet* (Gorski, 1988)
- provocarea *craving*-urilor în timpul ședințelor terapeutice și evaluarea gândurilor, emoțiilor și comportamentelor asociate,
- interviul rudelor, prietenilor.

În perioada imediat următoare implementării schimbării, fostul consumator recurge în principal la **strategii de evitare** (a persoanelor, locurilor și obiectelor care se pot constitui în situații de risc și factori activatori ai *craving*-ului). Strategiile de evitare sunt în special de folos atunci când persoana reușește să identifice semnalele care pot anticipa o situație de risc (de exemplu, inițierea unei secvențe de decizii aparent irelevante, stres și un stil de viață dezechilibrat, expectanțe puternice în ceea ce privește efectele consumului de substanță).

Pe măsură ce schimbarea este consolidată și persoana acumulează abilități de a face față, **strategiile active** de a face față sunt aplicate tot mai mult. Acesta este și scopul programelor de PR, deoarece evitarea este adeseori imposibilă. Strategiile active sunt de natură *comportamentală* (asertivitate față de presiunea socială de a consuma, solicitarea sprijinului unui membru al rețelei de suport) și *cognitivă* (refacerea în minte a balanței decizionale, formularea gândurilor pozitive, tehnici de imagerie). Creșterea probabilității ca un client să le aplice într-o situație de risc se face prin formularea unor planuri de *coping* împreună cu terapeutul, exersarea acestora în cadrul jocurilor de rol și prin evaluarea pozitivă pe care clientul o face în urma unei situații de risc în care a folosit cu succes strategia respectivă.

Clienții cu probleme de adicție obișnuiesc să gândească mai degrabă în termeni de *capacități* decât de *decizii*. Li se vor oferi informații despre *comportamentul adictiv ca tip de comportament învățat*. Comportamentul problematic este rezultanta unor procese disfuncționale de gândire și a unor decizii secundare; clientul nu a devenit dependent pentru că „este un om rău sau slab etc.”, ci pentru că a învățat în trecut să facă față unor situații cu ajutorul substanței. De exemplu, o persoană cu un grad crescut de anxietate socială, poate observa că atunci când consumă alcool se dezinhibă, cenzurile interne se diminuează, anxietatea pare că scade, socializează mai ușor; persoana va tinde să repete consumul pentru aceste efecte spunându-și după un timp „am nevoie de alcool pentru a face față situațiilor care implică contactul cu multe persoane”. Clieții sunt încurajați și susținuți să dezvolte noi abilități și strategii de a face față, pentru a nu mai apela ca în trecut la consumul substanței.

Clienții sunt susținuți și îndrumați în a-și dezvolta strategii globale de a face față (*intervențiile în stilul de viață*) și strategii specifice de a face față (*antrenamentul abilităților* – luarea deciziilor, rezolvarea de probleme, antrenamentul asertivității), unele cu referire directă la anumite tipuri de situații de (mare) risc: *craving*, alunecare, emoții negative (panică, furie, depresie), presiune socială. Fiecare dintre aceste teme va fi abordată într-un capitol separat.

Obiective pentru terapeuți:

- Să practice o tehnică de centrare a atenției;
- Să discute temele pentru acasă și să ceară *feed-back* cu privire la comportamentul clienților în raport cu obiectivele personale (și-au atins/nu și-au atins clienții obiectivele; dacă nu, ce anume i-a împiedicat); să ofere *feed-back* pozitiv pentru atingerea obiectivelor și să încurajeze oferirea de *feed-back* între membrii grupului pentru atingerea obiectivelor;
- Să faciliteze o discuție de grup pe tema importanței abordării temei; ce cred clienții despre conceptul de „situație de risc”;
- Să faciliteze clienților identificarea și analizarea unor situații de risc din experiența personală (în care au consumat sau au vrut să consume, dar au făcut în final altceva);
- Să prezinte principalele categorii de situații de risc;
- Să faciliteze un *brainstorming* pe tema strategiilor care ar putea funcționa într-o situație de risc;
- Să prezinte pașii generali ai strategiei de *coping*;
- Să prezinte alte strategii care ar putea fi folosite în a face față unor situații de risc;
- Să prezinte și să explice modul de efectuare a temelor pentru acasă;
- Să practice un exercițiu de relaxare.

Activități și metode:

- Terapeutul prezintă conceptul de „situație de risc” și invită membrii grupului la un *brainstorming* pe tema lui, urmat de o discuție în grup (ce înseamnă, de ce e important subiectul), notând pe *flipchart* toate mențiunile clienților.
- Terapeutul prezintă principalele categorii de situații de risc: emoții negative, conflicte interpersonale, presiune socială, emoții pozitive, nevoia de autopeniere și explică pe rând conceptele.
- Terapeutul prezintă conceptul de a face față: a recunoaște, a evita, a se confrunta sau a face propriu-zis față.
- Terapeutul invită clienții la un exercițiu de *brainstorming* pe tema strategiilor posibile de a face față unor situații de risc (a celor personale identificate), cu notarea pe *flipchart* a modalităților menționate de clienți.
- Terapeutul poate invita unul sau mai mulți clienți să experimenteze noua strategie identificată într-un joc de rol care recrează situația de risc personală și solicită la sfârșit clientului să raporteze cum se simte, ce gândește și ce ar face diferit în noua situație.
- Terapeutul va prezenta și explica modul de efectuare a temelor pentru acasă (jurnalul; vezi caietul de lucru) și va verifica înțelegerea acestora.
- Terapeutul și clienții vor practica un exercițiu de relaxare.

Instrucțiuni pentru terapeuți (probleme, sfaturi practice):

- Este recomandabil ca terapeuții să nu „bombardeze” clienții cu cât mai multe strategii de a face față situațiilor de risc. Însușirea și exersarea a două strategii de *coping* poate fi un obiectiv pragmatic.
- Dacă situațiile de risc ale unui client implică variabile pe care PR nu le poate influența (de cuplu, psihiatrice, etc), considerați alte forme adiționale de intervenție (consiliere de cuplu, medicație psihiatrică) sau adresați acest *feed-back* managerului de caz.

Extrase dintr-un grup:

Exemple de SMR și strategii de a face față identificate în grup.

SITUAȚII DE RISC	STRATEGII DE A FACE FAȚĂ
- mi se cere ceva ce nu-mi place - anturajul - lipsa de preocupare - tristețea - pierderea serviciului - nemulțumiri sufletești - lipsa de supraveghere din partea soției și șefului - conflict cu soția - pofta - succes, sărbătorire - situație tensionată la serviciu sau în familie - lipsa de ocupație - lipsa suportului - gânduri triste, resentimente - permisiunea de a consuma din partea anturajului - supraveghere excesivă - oboseală - dificultate financiară, lipsa banilor - când sunt înșelat	- fumat foarte mult - consum crescut de alte băuturi (cafea, ceai, apă) - băut un pahar de lapte - părăsit scena - mâncat dulciuri, fructe, consum vitamine - consum bere nealcoolizată - implicare într-o altă activitate - discutat cu o altă persoană (telefon și vorbit direct) - spun NU - gândul/amintirea a ceea ce mi s-a întâmplat neplăcut în trecut din cauza alcoolului - cer ajutor unei rude/prieten - îmi cumpăr un lucru frumos - împrumut bani - ignor persoana care mă deranjează

Note la ședința Situațiile de (mare) risc:

- Chiar dacă anumite situații de risc se repetă, e important să treceți pe *flipchart* declarațiile fiecărui client în parte (vezi nota de la balanța decizională);
- Anumite strategii de a face față (consum bere nealcoolizată, împrumut bani) pot fi de fapt primi pași într-un lanț de decizii aparent irelevante. Ele vor fi notate pe *flipchart* așa cum le menționează clienții și, ulterior, vor fi analizate (mai în amănunt cu ocazia ședinței cu tema „Capcane psihologice”).

CAPITOLUL IX

CRAVING-UL SAU POFTA DE CONSUM. A FACE FAȚĂ CRAVING-ULUI

Importanța temei în contextul programului și față de obiectivul clienților

Noțiunea de *craving* ca poftă sau dorință imperioasă care intruzionează în gândurile consumatorului, îi modifică dispoziția și îl determină să-și schimbe comportamentul spre a se angaja în căutarea substanței nu a primit încă validare științifică deplină (Lowinson, 1997). Similar altor experiențe umane, cum ar fi dragostea, ura, frica, cea mai mare dificultate până în prezent o reprezintă identificarea unui standard care să obiectiveze această experiență și să o facă accesibilă cercetării. Iată câteva date oferite de cercetarea științifică privitor la *craving* și care au relevanță pentru intervențiile psihoterapeutice:

- Amintirile și imageria legată de diverse aspecte ale consumului sunt factori activatori la fel de puternici ca stimulii din mediu (Weinstein A, 1998);
- Nivele ridicate de stres pot da naștere la reacții tip *craving* (Le AD, 1998) – vezi Capitolul XV;
- Cuvintele încărcate semantic (gen „*vodcă*”, „*bere*”) pot determina reacții fiziologice asociate în mod obișnuit *craving*-ului (Nemtsov, Genkina, cit. de Lowinson, 1997);
- Mici doze de alcool determină o creștere substanțială a nivelului *craving*-ului resimțit ulterior de subiect (efectul „primului pahar” sau *priming*) – vezi Capitolul X;
- Terapia cognitiv-comportamentală determină modificări ale neuroimagisticii cerebrale care sugerează extincția substratului *craving*-ului la nivel neurobiologic (Schneider, 2001).

Pe de altă parte, *craving*-ul este poate experiența cel mai des relatată de consumatorii problematici de substanțe și cea care marchează dificultatea și specificul tratamentului acestui tip de tulburări.

Modelul Prevenirii Recăderilor acceptă multidimensionalitatea fenomenului (care include factori fiziologici) – ca dovadă programele de PR în care clienții primesc și medicație *anti-craving*, însă susține că majoritatea acestor experiențe au la bază stimuli psihologici și de mediu (Larimer & Marlatt, 1999). În plus, modelul diferențiază între „dorință” (*urge*), văzută ca imboldul de angajare în comportamentul de consum, și „poftă” (*craving*) înțeleasă ca nevoia de experimentare a consecințelor aces-

CAPITOLUL IX

CRAVING-UL SAU POFTA DE CONSUM. A FACE FAȚĂ CRAVING-ULUI

Importanța temei în contextul programului și față de obiectivul clienților

Noțiunea de *craving* ca poftă sau dorință imperioasă care intruzionează în gândurile consumatorului, îi modifică dispoziția și îl determină să-și schimbe comportamentul spre a se angaja în căutarea substanței nu a primit încă validare științifică deplină (Lowinson, 1997). Similar altor experiențe umane, cum ar fi dragostea, ura, frica, cea mai mare dificultate până în prezent o reprezintă identificarea unui standard care să obiectiveze această experiență și să o facă accesibilă cercetării. Iată câteva date oferite de cercetarea științifică privitor la *craving* și care au relevanță pentru intervențiile psihoterapeutice:

- Amintirile și imageria legată de diverse aspecte ale consumului sunt factori activatori la fel de puternici ca stimulii din mediu (Weinstein A, 1998);
- Nivele ridicate de stres pot da naștere la reacții tip *craving* (Le AD, 1998) – vezi Capitolul XV;
- Cuvintele încărcate semantic (gen „*vodcă*”, „*bere*”) pot determina reacții fiziologice asociate în mod obișnuit *craving*-ului (Nemtsov, Genkina, cit. de Lowinson, 1997);
- Mici doze de alcool determină o creștere substanțială a nivelului *craving*-ului resimțit ulterior de subiect (efectul „primului pahar” sau *priming*) – vezi Capitolul X;
- Terapia cognitiv-comportamentală determină modificări ale neuroimagingisticii cerebrale care sugerează extincția substratului *craving*-ului la nivel neurobiologic (Schneider, 2001).

Pe de altă parte, *craving*-ul este poate experiența cel mai des relatată de consumatorii problematici de substanțe și cea care marchează dificultatea și specificul tratamentului acestui tip de tulburări.

Modelul Prevenirii Recăderilor acceptă multidimensionalitatea fenomenului (care include factori fiziologici) – ca dovadă programele de PR în care clienții primesc și medicație *anti-craving*, însă susține că majoritatea acestor experiențe au la bază stimuli psihologici și de mediu (Larimer & Marlatt, 1999). În plus, modelul diferențiază între „dorință” (*urge*), văzută ca imboldul de angajare în comportamentul de consum, și „pofță” (*craving*) înțeleasă ca nevoia de experimentare a consecințelor aces-

tui comportament (de ex., efectele pozitive ale substanței). Două mecanisme par a guverna aceste fenomene:

- condiționarea (clasică și operantă) la stimulii asociați comportamentului de consum;
- procesele cognitive asociate gratificării anticipate (expectanțele pozitive).

Nu este de mirare că imprecizia conceptuală se reflectă asupra terminologiei care descrie aceste fenomene. Indiferent de echivalențele lingvistice pe care terapeuții vor dori să le folosească, este important ca ei să accepte realitatea și dramatismul trăirii clienților lor. Este experiența autorilor că termenul „pofță” nu este ușor acceptat de clienți, deoarece ar surprinde mai ales partea cognitivă, de dorință de a reexperimenta efectele substanței, în detrimentul părții fiziologice și de „compulsivitate” pe care adesea clienții o descriu foarte plastic (vezi mai jos). În lipsa unei bune clarificări, clienții pot reacționa prin sentimente de vinovăție și prin negare. De aceea, ședința cu această temă poate începe cu o clarificare în grup (cu notarea pe *flipchart* a cuvintelor cheie) a ceea ce înseamnă această experiență pentru clienți și chiar cu identificarea unui termen pe care aceștia să se simtă confortabil în a-l folosi.

Terapeutul poate oferi apoi date științifice privind *craving*-ul, care să dărâme o serie de mituri întâlnite adesea printre consumatori:

□ **Mitul *craving*-ului continuu.** *Craving*-ul este o reacție scurtă, urmând curba oricărei emoții și nu o senzație continuă. Senzația fiziologică durează o perioadă limitată în timp, având o evoluție ondulatorie, cu un început, o pantă ascendentă, un maxim sau un vârf, un traseu descendent și un sfârșit. Gândurile clientului despre senzațiile experimentate – gânduri adesea iraționale (vezi Capitolul XI) sunt cele care mențin *craving*-ul la un nivel ridicat sau îl fac să revină în mod frecvent. Gândurile pozitive (formulate ca alternativă la cele iraționale) scad probabilitatea consumului prin diminuarea *craving*-ului. Dacă un client reușește să nu consume în momentul de maximă intensitate a *craving*-ului, va observa o scădere a intensității acestuia. Consecutiv amânării, urmează creșterea încrederii în sine, în capacitatea personală de a rezista *craving*-ului.

□ **Mitul *craving*-ului care apare din senin.** *Craving*-ul nu apare din senin, ci ca urmare a expunerii consumatorului la o serie de factori activatori interni sau de mediu, după modelul condiționării clasice, pavloviene. De aceea, un aspect important legat de prevenirea recăderilor îl reprezintă *identificarea trigger-ilor sau a factorilor declanșatori ai craving*-ului. Odată identificați, clientul poate apela la strategia de evitare sau de confruntare. Cea mai eficientă cale de identificare a factorilor declanșatori este *auto-monitorizarea*, care trebuie realizată timp de minimum câteva săptămâni pentru a furniza suficientă informație. Clientul va fi încurajat să țină un *jurnal al craving*-urilor (vezi mai jos).

□ **Mitul craving-ului ca o senzație care crește la infinit și care îl va „înghiți” pe client.** Informațiile despre limitarea în timp și *pattern*-ul de evoluție al *craving*-ului pot fi de folos. În plus, terapeutul poate vorbi aici despre tehnica de *externalizare a craving-ului/poftei*. Aceasta presupune:

- **conștientizarea stării de *craving*;**
- **etichetarea stării de *craving*** (clientul afirmă față de sine sau cu voce tare față de altă persoană „*În momentul acesta am un craving*”);
- **detașarea de senzație** (în loc să lupte cu senzația și să acumuleze tensiune, clientul este îndemnat să privească de la distanță evoluția întâi crescătoare, apoi lin descrescătoare a acesteia);
- ***surfing the craving*** (aceasta este o metaforă de descriere a procesului de detașare și externalizare a *craving*-ului: clientul își imaginează starea de *craving* ca pe un val care crește și apoi se stinge încet, odată cu ajungerea la țarm. Încă o dată, clientul este sfătuit să nu se lupte cu „valul”, pentru a nu fi „măturat și înghițit de val”, ci să se păstreze ca un observator detașat, să *surfeze* pe creasta valului). Această tehnică de imagerie, împreună cu conceptualizarea *craving*-ului ca fiind produs de stimuli externi, sunt de natură să stimuleze externalizarea senzației subiective.

Este întotdeauna de folos, mai ales în cazul clienților cu un mare nivel de impulsivitate, să fie subliniată diferența între impuls (dorință, nevoie) și comportament, dintre a vrea să faci ceva și a face efectiv. Clienții pot fi încurajați să experimenteze/ să-și imagineze o senzație și renunțarea la trecerea la act pe baza acelei senzații.

Corectarea acestor mituri se va concretiza cu formularea unor gânduri raționale față de experiența *craving*-ului la clienți.

Foarte adesea, clienții care au parcurs mai multe „ture ale spiralei schimbării” (vezi Capitolul III) posedă o serie de strategii care au funcționat în trecut în managementul *craving*-ului. Informația oferită de jurnalele de *craving* va fi extrem de folositoare. Pe lângă strategiile de succes ele oferă în plus:

- o listă a factorilor activatori, interni și externi, ai *craving*-ului;
- o evaluare subiectivă a intensității *craving*-urilor: în cazul menținerii schimbării, cu trecerea timpului, clientul va observa scăderea frecvenței și a intensității acestui fenomen, ceea ce va duce la creșterea sentimentului de auto-eficiență;
- un nivel de conștientizare crescut al clientului asupra propriului comportament.

Obiectivele terapeuților:

- Să practice împreună cu clienții o tehnică de centrare a atenției;
- Să faciliteze discutarea temelor pentru acasă și a comportamentului clienților în raport cu obiectivele personale;
- Să faciliteze o discuție de grup despre experiența clienților în legătură cu senzația de *craving*;
- Să corecteze percepțiile eronate cu privire la mecanismul *craving*-ului;
- Să faciliteze o discuție de grup pe tema factorilor declanșatori ai *craving*-urilor (pornind de la datele din jurnal);
- Să faciliteze un *brainstorming* pe tema strategiilor care ar putea funcționa pentru clienți atunci când simt pofta de a consuma;
- Să realizeze în grup o analiză a unei situații în care pofta a condus la consum și a unei situații în care persoana a făcut față *craving*-ului fără a consuma;
- Să identifice și să confrunte gândurile iraționale privind *craving*-ul care au favorizat consumul;
- Să faciliteze formularea de către clienți a unor gânduri raționale ca alternativă la cele iraționale evidențiate;
- Să prezinte alte strategii care ar putea fi folosite în a face față *craving*-ului;
- Să faciliteze elaborarea unei strategii personalizate de a face față *craving*-ului (în timpul ședinței sau ca temă pentru acasă);
- Să prezinte și să explice modul de efectuare a temelor pentru acasă;
- Să practice în grup un exercițiu de relaxare.

Activități și metode:

- Terapeutul va invita clienții să vorbească despre experiența lor în ceea ce privește pofta de consum (gânduri, emoții, senzații fiziologice). Terapeutul va nota pe *flipchart* cuvintele cheie din declarațiile clienților.
- În funcție de credințele exprimate de clienți, terapeutul va furniza informații relevante menite să corecteze percepțiile eronate cu privire la *craving*.
- Terapeutul va facilita o discuție pe tema factorilor declanșatori ai *craving*-ului, cu notarea pe *flipchart* a celor exprimate de membrii grupului.
- Terapeutul va invita unul sau mai mulți clienți să lucreze împreună asupra unei situații personale în care *craving*-ul a condus la consum și asupra unei situații în care – deși au avut un *craving* – clienții au făcut altceva în loc de a consuma.
- Terapeutul va invita clienții la un exercițiu tip *brainstorming* pe tema strategiilor posibile de a face față *craving*-ului, cu notarea pe *flipchart* a ideilor exprimate de clienți.

- Terapeutul va prezenta alte strategii care ar putea fi folosite pentru a face față unui *craving*. Câteva sugestii care ar putea fi de ajutor clienților sunt următoarele (ele sunt redactate pe scurt și în caietul de lucru):
 - ◆ *Recunoașteți că aveți un craving, că simțiți pofta de a consuma.* Poate părea un truism, dar sentimentele pot fi copleșitoare și îngreuna conștientizarea poftelor. E important pentru clienți să se monitorizeze. Odată ce puteți spune „am un craving” vă aflați în poziția de a putea decide ceva în legătură cu acest lucru.
 - ◆ *Practicați o scurtă tehnică de relaxare.* Primul lucru este să vă distanțați puțin și să vă calmați, de exemplu practicând un exercițiu de relaxare.
 - ◆ *Experimentați cu autodeclarațiile pozitive.* Clienții consideră frecvent că „Odată ce am început să simt pofta, este imposibil pentru mine să nu consum”. Astfel de gânduri nu vă vor ajuta să rezistați poftelor. Mai mult, această idee este falsă: puteți rezista poftelor dacă exersați! Vă va fi de ajutor dacă în acele momente vă veți spune de exemplu: „Este un sentiment îngrozitor, dar pot face față”, sau „O să treacă, nu durează o veșnicie”. Astfel de gânduri vă vor ajuta să nu dați curs poftelor. Aveți nevoie să vă spuneți lucruri bune despre sine care să combată gândurile bune despre alcool. Atenție: Autodeclarațiile să fie formulate simplu, clar și să vă reamintească despre avantajele pe care le obțineți neconsumând. E de preferat să implice ceva ce vă doriți; ele nu funcționează dacă o faceți pentru altcineva. Reprezentările tip amenințare sunt de evitat. Dacă vi se par neconvingătoare afirmațiile puteți apela la imagini sau amintiri.
 - ◆ *Distrageți-vă atenția.* E bine să vă folosiți energia și să vă distrați de la senzația de poftă printr-o activitate care să vă absoarbă cu totul și să vă solicite întreaga atenție. Mulți consideră că activitatea fizică dă rezultate mai bune. Activitatea trebuie să fie una interesantă și plăcută pentru voi și e bine să dureze cel puțin o jumătate de oră. A privi la televizor de obicei nu e o soluție bună!
 - ◆ *Vorbiți cu cineva apropiat despre craving.* Uneori, pofta poate fi însoțită de teamă, de exemplu teama că nu îi veți putea rezista și că veți consuma împotriva voinței voastre. V-ar putea ajuta să vorbiți cu alte persoane despre pofta pe care o simțiți.
 - ◆ *Completați jurnalul poftelor.* Odată depășită senzația de poftă, după un interval de timp, notați în jurnal experiența.
- Terapeutul invită clienții să alcătuiască o strategie personală de a face față craving-ului.
- Terapeutul va prezenta și explica modul de efectuare a temelor pentru acasă (vezi caietul de lucru) și va verifica înțelegerea acestora;
- Terapeutul și clienții vor practica un exercițiu de relaxare.

Indicații pentru terapeuți (probleme, sfaturi practice):

- O problemă adusă frecvent în discuție de clienți este teama lor ca, vorbind despre *craving*, să nu declanșeze un nou *craving*. Aceeași temere ar putea fi exprimată și în timpul primei ședințe, când se va prezenta jurnalul. De aceea este indicat să realizați cu titlu de exemplu completarea unui jurnal de *craving* și să întrebați apoi clienții ce simt. Pentru un client al nostru, completarea jurnalului de *craving* s-a constituit în strategie *anti-craving* în sine (probabil prin externalizarea senzației prin scris).
- Orice comportament, cât de mic, în direcția schimbării este întărit, încurajat (*shaping*). De exemplu, dacă un client care experimenta un *craving* a amânat 5 minute consumul, el va fi felicitat pentru amânare, nu sancționat pentru consum (accent pe ce a făcut bine, nu pe ce nu a reușit să facă sau pe ce a făcut greșit).

Extrase dintr-un grup

Vom prezenta rezultatele unui exercițiu tip *brainstorming* privind senzația de poftă și un exemplu de jurnal de poftă.

Cum simt eu pofta:

- trăire psihică foarte puternică
- gând obsedant că aș bea
- *flash*
- nerăbdare
- tremor interior
- o senzație pe care o trăiesc cu tot corpul
- apă în gură

Jurnal de poftă:

DATA, ORA	SITUAȚIA	GÂNDURI	EMOȚII	POFTA nota	COMPORTAMENT
22.10.2004, 8.30	În mașină, fiul vorbește despre situația unor copii nedorți	Aș vrea să-i spun fiului meu că a fost un copil dorit	Tristețe	4	Fumat
Septembrie, 14.00	Interviu de angajare, concurență mare	Mă duc să beau ca să treacă timpul; Dacă beau îmi trec emoțiile	Nerăbdare, stres	2	Băut un pahar de suc

CAPITOLUL X

A FACE FAȚĂ UNEI ALUNECĂRI. PLANUL DE URGENȚĂ

Importanța temei în contextul programului și față de obiectivele clienților

Procesul de recuperare în cazul comportamentelor de tip adictiv include perioade de menținere (abstinență/consum controlat), întrerupte de episoade de alunecare și recădere. **Recăderile** iau în cazul adicțiilor forma *reluării consumului de substanță după atingerea obiectivului de abstinență/consum controlat*, aceasta putându-se produce la un nivel mai redus, similar sau mai crescut în comparație cu cel anterior instalării abstinenței/consumului controlat. Episoadele de recădere diferă de **alunecări**, care reprezintă *episoade scurte de reluare a consumului sau de depășire a parametrilor de consum stabiliți*, după care se revine la abstinență, respectiv la consum controlat.

Spre exemplu, în cazul obiectivului abstinență, a ceda sub presiunea grupului și a bea o bere sau două la o petrecere după care persoana reia abstinența reprezintă o alunecare, în timp ce a începe cu 2 beri într-o seară și a continua consumul a doua zi și în zilele următoare constituie o recădere. În cazul obiectivului de consum controlat, o recădere poate însemna a relua pentru o perioadă mai lungă de timp consumul, la parametri mai mari decât presupunea obiectivul (frecvență mai mare, cantitate mai mare, alte băuturi decât persoana își propusese).

În acest context, obiectivele specifice ale programului PR vizează prevenirea transformării unei alunecări într-o recădere și scăderea amplitudinii episoadelor de recădere (scăderea frecvenței episoadelor, a intensității lor). Pentru atingerea acestor obiective, este necesară identificarea factorilor favorizanți ai recăderii și elaborarea de strategii globale și specifice de a face față.

Conform abordării de tip bio-psiho-social a adicției, numeroși factori pot precipita o alunecare și o recădere (vezi Tabelul 10.1). Prezența a unuia sau mai multor *factori precipitanți* creează o situație de (mare) risc. Factorii se asociază diferit pentru o anumită persoană, astfel încât managementul lor trebuie să facă obiectul unei strategii personalizate pentru fiecare client în parte (Prelipceanu (ed.), 2004).

Tabelul 10.1. Ariile de funcționare bio-psiho-socială și factorii care pot determina recăderea (după Daley, cit. de Lowinson, 1997)

Ariile de funcționare	Factori care pot determina recăderea
AFFECTIVITATE	- dispoziție depresivă sau entuziasm
COMPORTAMENT	- impulsivitate, lipsa abilităților de <i>coping</i> , lipsa abilităților sociale
COGNIȚIE	- atitudinea față de procesul de recuperare, capacitate auto-reprezentată scăzută de a face față unei situații de risc, nivel cognitiv diminuat
MEDIU ȘI RELAȚII INTER-PERSONALE	- lipsa stabilității sociale și familiale, presiune socială de a consuma, lipsa activităților școlare sau profesionale, lipsa activităților de petrecere a timpului liber
FIZIOLOGICE	- <i>craving</i> , sindrom de abstenență prelungit, existența unei boli sau dureri cronice, efecte ale medicației asociate
PSIHIATRICE	- prezența unor comorbidități psihiatrice, severitatea acestora, traumă sexuală
PSIHOLOGICE ȘI SPIRITUALE	- sentimente pervazive de rușine și vinovăție, sentimentul de vid interior, lipsa unui sens perceput al vieții
TIP DE TRATAMENT	- atitudinile negative ale îngrijitorilor, servicii inadecvate post-detox și post-cură, lipsa unor servicii specializate pentru cazurile de dublu diagnostic

Cu referire specifică la comportamentele clienților participanți la un grup de PR, este esențial ca terapeuții să recunoască semnele care pot indica riscul de alunecare și recădere. Câteva manifestări comportamentale asociate de obicei cu un risc crescut de alunecare sunt descrise în Tabelul 10.2. Acestea devin semnificative în măsura în care se constituie ca o modificare în comportamentul obișnuit al clienților în grup. Ele pot reprezenta cereri indirecte de ajutor formulate de clienții care se simt în pericol de a-și încălca obiectivul.

Mulți consumatori au credința că „*Odată ce am început să beau, nimic nu mă poate face să mă opresc.*” Chiar dacă este **dificilă**, important este că **oprirea consumului după primul sau al doilea pahar este posibilă**, chiar și pentru consumatori vechi. Credința că nu se pot opri este un gând irațional și poate funcționa ca o „profeție autoîmplinită”.

Tabelul 10.2. Listă a modificărilor comportamentale manifestate în grup (gânduri exprimate, emoții, comportamente) care pot indica riscul de alunecare și recădere (preluată și adaptată din Manualul AA (1974), cit. de Wanigaratne et. al, 1997)

**SCHIMBĂRI COMPORTAMENTALE CARE INDICĂ RISCUL
DE ALUNECARE/RECĂDERE**

1. Semne de epuizare, oboseală, istovire;
 2. Tendința de a ascunde/distorsiona diverse fapte;
 3. Nerăbdare, neliniște, agitație;
 4. Dispoziție artăgoasă, certăreață, tendința de a contrazice terapeutul sau alți membri ai grupului;
 5. Simptome depresive, participare redusă la activitatea de grup;
 6. Toleranță redusă la frustrare;
 7. Tendința de autocompătimire;
 8. Tendința de bravare;
 9. Autosuficiență, mulțumire de sine exprimată;
 10. Așteptări prea mari de la ceilalți;
 11. Încălcarea regulilor de grup (neefectuarea temelor pentru acasă, întreruperea frecventă a altora);
 12. Gândul verbalizat „Asta nu mi se poate întâmpla tocmai mie.”;
 13. Impresia exprimată de omnipotență (rezultată din combinarea a multe din cele de mai sus – a avea toate răspunsurile pentru tine și pentru ceilalți; nimeni nu te poate învăța nimic).
- etc.

Aflați în perioada de menținere, consumatorii care experimentează o alunecare – pentru a preveni transformarea ei într-o recădere – pot apela la un **plan de urgență** personalizat elaborat anterior împreună cu terapeutii, acesta reprezentând o strategie specifică de a face față.

Episodul de alunecare se asociază adesea cu o stare de tensiune interioară, cu îngustarea câmpului gândirii și cu centrarea atenției pe comportamentul de consum. De aceea, în timpul consumului poate fi dificilă reamintirea angajamentului, a abilităților deținute și a strategiilor globale pentru a face față. Planul de urgență cuprinde pași concreți care îi pot facilita persoanei reamintirea deciziei de schimbare, a obiectivelor, precum și activarea resurselor disponibile pentru a face față situației. Planul scris reprezintă nu doar un instrument de lucru, ci poate constitui și o expresie a sprijinului oferit de terapeuți și de ceilalți membri ai grupului.

Frecvent alunecarea este favorizată de trăiri dureroase și de gânduri negative. Planul de urgență este ca o fotografie care poartă cu ea o parte din suportul emoțional primit în grup și, în plus, instrucțiunile clare contribuie la crearea unui mediu protectiv, bine structurat și la facilitarea contactului cu realitatea obiectivă imediată, cu aici și acum.

Obiectivele terapeuților:

- Să prezinte și să utilizeze o tehnică de centrare a atenției;
- Să faciliteze discutarea temelor pentru acasă și a comportamentului clienților în raport cu obiectivele personale;
- Să faciliteze o discuție de grup despre experiența clienților cu episoadele de alunecare și/sau recădere;
- Să faciliteze clienților identificarea factorilor precipitanți sau favorizanți ai alunecării;
- Să faciliteze un *brainstorming* pe tema strategiilor care ar putea funcționa într-o situație de alunecare;
- Să prezinte conceptul de plan de urgență;
- Să realizeze cu clienții una sau mai multe analize ale unor situații de alunecare (care s-au transformat sau nu într-o recădere);
- Să identifice și să confrunte gândurile iraționale care au favorizat alunecarea (și eventual recăderea);
- Să faciliteze formularea de către clienți a unor gânduri raționale ca alternativă la cele iraționale;
- Să prezinte alte strategii care ar putea fi folosite în a face față unei alunecări;
- Să faciliteze alcătuirea planului personal de urgență (în timpul ședinței sau ca temă pentru acasă);
- Să prezinte și să explice modul de efectuare a temelor pentru acasă;
- Să practice un exercițiu de relaxare.

Activități și metode:

- Terapeutul prezintă pe scurt diferența dintre o alunecare și o recădere (această temă a fost abordată și în cadrul temei „Situațiile de risc”).
- Terapeutul invită clienții să vorbească despre experiența lor în ceea ce privește experiențele de alunecare.
- Terapeutul conduce o discuție de grup pe tema factorilor favorizanți/precipitanți ai alunecării.
- Terapeutul invită clienții la un exercițiu de *brainstorming* pe tema strategiilor posibile de a face față unei alunecări, cu notarea pe *flipchart* a punctelor cheie.

- Terapeutul prezintă conceptul de plan de urgență și facilitează o scurtă discuție de grup pe această temă.
- Terapeutul invită unul sau mai mulți clienți să lucreze împreună o analiză funcțională (vezi Capitolul XI) a unei situații personale de alunecare (care s-a transformat sau nu într-o recădere).
- Terapeutul va izola gândurile iraționale identificate (vezi Capitolul XI) și le va confrunța în vederea înlocuirii lor cu alte gânduri, mai raționale.
- Terapeutul va invita clienții să experimenteze noile gânduri (să le spună cu voce tare) eventual în cadrul unui joc de rol care recrează situația analizată și să raporteze cum se simt gândind noile gânduri și ce cred că ar face în noua situație.
- Terapeutul va prezenta alte strategii care ar putea fi folosite pentru a face față unei alunecări. Câteva sugestii care ar putea fi de ajutor clienților în caz de alunecare sunt următoarele (ele sunt redată și în caietul de lucru):
 - ❖ Oprește-te din ceea ce faci, privește în jur,
 - ❖ Păstrează-ți calmul!
 - ❖ Lasă să treacă gândurile de genul „*Dacă tot am început, hai să merg până la capăt; Oricum, nu mai contează!*”.
 - ❖ Reamintește-ți efortul tău de până acum. E important!
 - ❖ Reamintește-ți obiectivul pe care ți l-ai propus!
 - ❖ Recitește balanța decizională!
 - ❖ Varsă băutura/aruncă substanța!
 - ❖ Părăsește scena, ieși la o plimbare!
 - ❖ Implică-te într-o altă activitate satisfăcătoare!
 - ❖ Fă un exercițiu scurt de relaxare!
 - ❖ Cere ajutor. Sună un prieten, o rudă sau terapeutul!
 - ❖ După ce ai ieșit din situație, evaluează situația care a favorizat alunecarea și completează jurnalul!
- Terapeutul invită clienții să alcătuiască un plan personal de urgență.
- Terapeutul va prezenta și explica modul de efectuare a temelor pentru acasă (vezi caietul de lucru) și va verifica înțelegerea acestora;
- Terapeutul și clienții vor practica un exercițiu de relaxare.

Indicații pentru terapeuți (probleme, sfaturi practice):

- Încurajarea expresă a clienților în a menține contactul cu terapeuții și cu membrii grupului după o alunecare. Orice experiență de alunecare constituie un prilej de învățare.

- Planul de urgență trebuie să fie personalizat; fiecare client folosește în alcătuirea planului acele lucruri care funcționează pentru el. Ceea ce funcționează pentru un client, poate să constituie pentru altul o sursă de amplificare a disconfortului. De aceea, o idee foarte important de comunicat este cea a unicității experienței fiecărui client.
- Încurajarea creativității în ceea ce privește formatul în care va fi scris planul.
- Clienții și, uneori terapeuții, sunt adesea refractari la a discuta deschis posibilitatea unei alunecări, după principiul „nu discuți despre funie în casa spânzuratului”. Unii clienți abordează o atitudine de încredere exagerată în propriile capacități de *coping*. Aceștia sunt și cel mai mult la risc de a-și înscena o alunecare (vezi Capitolul XIII). Marlatt recomandă folosirea comparației cu alarma de incendiu: faptul că avem o alarmă de incendiu și ne îngrijim ca ea să funcționeze nu înseamnă neapărat că se va și produce un incendiu. Același lucru este valabil pentru exercițiile de mimare a unui incendiu (jocurile de rol).

Extrase dintr-un grup

Gânduri pozitive în caz de alunecare:

- Ce vor crede copiii despre mine?
- O să ajung să „cerșesc”!
- Corpul meu nu va rezista.
- Nu voi face față la serviciu.

Clientul a fost invitat apoi să reformuleze aceste gânduri într-o manieră pozitivă. Iată rezultatul:

- Vreau ca copiii mei să fie mândri de mine!
- Vreau să fiu independent financiar!
- Vreau să fiu sănătos!
- Îmi voi respecta obligațiile de serviciu!

CAPITOLUL XI

ANALIZA FUNCȚIONALĂ. EXTRAGEREA ȘI CONFRUNTAREA CREDINȚELOR IRAȚIONALE

Analiza funcțională reprezintă o tehnică eficientă de evidențiere a situațiilor de risc. Scopul ei general este de a oferi clientului și terapeutului său o mai bună cunoaștere a problematicii de consum prin identificarea elementelor care preced consumul (situații, gânduri, emoții) și care se constituie în situații de risc, precum și a consecințelor consumului (pozitive și negative); acestea din urmă pot funcționa ca bariere sau catalizatori ai schimbării (Caroll, 1999).

Clienții devin familiarizați cu modelul analizei funcționale încă de la începutul programului de prevenire a recăderilor prin intermediul *jurnalului de poftă/consum* care este structurat pe trei elemente – situația, gândurile și emoțiile anterioare unei pofte sau unei alunecări (vezi caietul de lucru). După deprinderea metodei, clienții sunt încurajați să o practice acasă, mai ales înaintea/după situațiile de risc. Avantajele însușirii tehnicii și ulterior realizării analizei funcționale de către clienții înșiși sunt multiple:

- alte situații de risc, în afara celor evidențiate în terapie, pot deveni aparente și pot fi elaborate în consecință strategii de a face față acestora;
- conștientizarea gândurilor și sentimentelor premergătoare comportamentului de consum sau unei pofte și a rolului acestora în declanșarea unei pofte de consum sau/și a unei alunecări este de natură să stimuleze internalizarea locus-ului de control;
- simpla amânare a comportamentului de consum, faptul că persoana își acordă timp spre a-și analiza gândurile și sentimentele este de natură să scadă intensitatea poftei de consum și să permită instituirea unor strategii de a face față;
- încurajează creșterea gradului de responsabilizare prin preluarea de către client a rolului de propriu psihoterapeut (clientul este singurul expert în propriile experiențe de viață!)
- atunci când analiza funcțională este realizată împreună cu tehnici de conștientizare, confruntare și modificare a gândurilor iraționale, cu experimentarea unei schimbări asupra stării emoționale și/sau a comportamentului, clienții vor dobândi un nivel mai mare de autocontrol, cu creșterea sentimentului de auto-eficiență.

Există mai multe moduri de realizare a unei analize funcționale. Câteva dintre acestea sunt redată în continuare:

1. Clientul poate fi îndemnat să realizeze o descriere a situației de risc sau de consum, separând elementele externe de gânduri și emoții. Acestea sunt identificate pe rând și apoi este identificată consecința consumului.

DATA, ORA	SITUAȚIE	GÂNDURI	SENTIMENTE	NEVOIE (0 - 10)	COMPORTAMENT
Miercuri 8 iulie 18.50	Acasă, singur, după serviciu	Nimeni nu mă caută. S-au săturat toți de mine.	Trist, nervos	8	Băut 6 pahare de vin

2. O altă metodă este cea recomandată de Miller (1999, adaptată după Miller și Pechacek, 1987):

Pe o foaie de hârtie desenați un tabel cu două coloane. Prima va conține *trigger*-ii (situații activatoare, în care clientul obișnuia să consume). A doua coloană va conține efectele consumului de substanță.

Puteți formula următoarele recomandări:

“Aș dori să înțeleg mai bine rolul pe care consumul de.... l-a avut în viața ta. Aș dori să vorbim despre acele situații în care consumi de obicei sau în care consumi mai mult. Ar putea fi acele situații când erai cu anumiți oameni, în anumite locuri sau în anumite momente ale zilei, când te simțeai într-un anumite fel.”

Miller atrage atenția asupra folosirii timpului trecut atunci când se face referire la consumul de substanță al clienților aflați în stadiul de menținere a abstenenței.. Apoi, clientul este invitat să completeze coloana „efectelor”. Întrebări de genul „Ce anume îți făcea plăcere la consumul de.....?”, „Acum te invit să vorbim despre efectele pozitive ale consumului de... pe care le-ai experimentat în trecut.” Sunt înregistrate toate efectele pozitive ale consumului așa cum au fost ele percepute de client, nu cele reale (demonstrate științific). Un exemplu clasic îl reprezintă fumătorii care declară că pentru ei fumatul este un mijloc de calmare, chiar dacă nicotina este un excitant. În această parte a discuției este important ca terapeutul să nu transmită o atitudine moralizatoare sau de dezaprobare. Ascultarea reflectivă, întrebările deschise, verificarea cu clientul a înțelegerii celor exprimate sunt abilități importante în cadrul aplicării acestei proceduri. Este încurajată folosirea unor chestionare autoadministrate privind aspectele generale ale consumului. Informația obținută astfel poate fi detaliată apoi în cursul ședinței: *“Observ că ai notat că obișnuiai să consumi mai mult atunci când..... Spune-mi mai multe despre asta, te rog”* sau *„Observ că ai notat că*

*obișnuiai să consumi mai ales pentru a.... Ce poți să-mi spui despre asta?" Este important de identificat cât mai multe situații antecedente și efecte ale consumului prin mai multe întrebări de tipul „În ce **alte** momente ai mai simțit în trecut nevoia de a consuma?" sau „Când consumi, ce **alte** efecte pozitive au mai avut pentru tine alcoolul/drogurile?"*

După finalizarea completării coloanelor, clientul este invitat să unească prin săgeți o situație activatoare cu un efect al consumului. Terapeutul poate începe prin a da un exemplu foarte clar (consum de alcool la petreceri → ca să mă simt mai în largul meu) apoi invită clientul să procedeze la fel. Dacă rămân evenimente activatoare fără un corespondent în coloana efectelor, clientul poate fi invitat să se gândească la un posibil efect pozitiv în acea situație, deși nu este neapărat nevoie ca într-o singură ședință să fie epuizate toate evenimentele activatoare.

SITUAȚII ACTIVATOARE	EFECTELE CONSUMULUI
- la petreceri, cu prietenii	- să uit de probleme
- acasă, singur, mă plictisesc	- să mă simt bine
- am probleme la serviciu	???

Informația astfel obținută poate fi utilizată pentru dezvoltarea planurilor de a face față situațiilor de risc și pentru identificarea acelor abilități care lipsesc sau sunt insuficient utilizate. Pe scurt, scopul ședințelor următoare este identificarea unor alternative, altele decât consumul de substanțe, de a obține efectele scontate în situațiile de risc care se constituie ca evenimente activatoare.

3. Analiza funcțională cuplată cu analiza ABC

Analiza ABC este o tehnică de restructurare cognitivă promovată de Terapia Rațional Emotivă (Ellis, 1962, 1976). Se consideră că tehnicile ABC nu fac parte din formatul tradițional al programelor de prevenirea recăderilor (Caroll, 1999), de aceea folosirea lor este dată aici sub titlu opțional. În experiența noastră, folosită grijuliu și de către terapeuți experimentați, analiza ABC este o tehnică eficientă de restructurare cognitivă. Principalul postulat al TRE stipulează, în acord cu concepțiile cognitive, că „simțim ceea ce gândim”. Emoțiile care sunt la originea comportamentelor dezadaptative sunt consecința unor *gânduri* așa-numite *iraționale*.

Fiecare persoană își construiește un *cadru de referință* asupra modului în care funcționează realitatea obiectivă, ceilalți oameni și el însuși. Cadrul de referință este folosit de individ pentru a înțelege evenimentele, relațiile interpersonale, pentru a lua

decizii, a face predicții – practic pentru a se adapta la realitatea interioară și exterioară.

Principalele tipuri de *cogniții* care alcătuiesc cadrul de referință al unei persoane sunt:

1. *Gândurile exprimate direct în limbaj;*
2. *Expectațiile;*
3. *Credințele centrale (raționale sau iraționale).*

Credințele centrale sunt reprezentate de gândurile de bază, în jurul cărora se formează ca într-o constelație celelalte gânduri sau credințe. Exemple de astfel de gânduri nucleare sunt „*Oamenii sunt răi.*”; „*Lumea e un loc înfricoșător.*”; „*E ceva în neregulă cu mine*”. În jurul acestora individul poate elabora credințe de tipul „*Nu poți avea încredere în nimeni, de aceea trebuie să faci totul singur*”; „*Trebuie să fii mereu în control pentru a putea supraviețui*”; respectiv, „*Dacă ceilalți mă vor vedea așa cum sunt de fapt, nu mă vor mai accepta*” etc.

Credințele iraționale sunt cele care *nu se potrivesc cu sau contrazic datele realității* și nu ne ajută la atingerea scopurilor propuse. Exemplele de credințe ilustrate mai sus sunt de tip irațional; ele nu sunt verificabile și nu facilitează atingerea obiectivelor. De obicei, clienții cu probleme de adicție manifestă o serie de credințe iraționale specifice asociate consumului substanței (vezi tabelul 11.1).

Fără o confruntare sau autoconfruntare adecvată, credințele iraționale sunt reînțărite constant. În general, tindem să extragem din realitate acele date care ne confirmă cadrul de referință și să ignorăm sau desconsiderăm aspectele care îl contrazic. Urmând exemplul de mai sus, o persoană care consideră că oamenii sunt prin definiție răi și nu te poți încrede în ei, va tinde să desconsidere situațiile care ar infirma acest lucru (dacă primește un ajutor, să gândească de exemplu „*Sigur X vrea ceva de la mine, altfel nu ar fi făcut acest lucru. Trebuie să fii și mai atent în continuare*”). În experiența noastră, unii clienți alunecă/recad în momentul în care realitatea contravine flagrant cadrului lor de referință și credințelor iraționale, alcoolul funcționând ca o supapă pentru tensiunea interioară acumulată datorită acestei discrepanțe (vezi exemplul de analiză ABC). De aceea, confruntarea credințelor iraționale constituie o intervenție cu mare valoare terapeutică.

Tabelul 11.1. Principalele credințe iraționale identificate la clienții cu probleme legate de consumul de substanțe (după Beck, Ellis și Schippers)

Credințe iraționale legate de consumul de substanță		
Beck	Ellis	Schippers
1. Credințe anticipatorii (așteptări cu privire la efectele pozitive ale consumului de substanță);	1. Exagerarea consecințelor negative ale unei situații („Dacă părinții află că fumez nu mă vor mai iubi”);	1. Gânduri iraționale contextuale vizând comportamentul de consum: Idei asociate cu anumite evenimente, locuri, momente (ex.: o țigară după masă, o țigară la cafea, un pahar de vin seara); Idei asociate cu senzațiile fiziologice (ex.: „Dacă mi-e sete beau bere”);
2. Credințe despre nevoi („Am nevoie de un pahar pentru a face față acestei zile.”)	2. Afirmatiile de tipul „trebuie” (miturile) care reflectă cereri nerealiste de la individ sau situație („Trebuie să beau ca să mă simt bine”);	2. Credințe cu privire la anumite caracteristici ale substanței (ex.: „Heroina nu e periculoasă”);
3. Gânduri permisive/ Credințe facilitatoare („A fost greu. Merit o țigară.”).	3. Afirmatii privind valoarea umană personală sau a altora („Dacă iau heroină înseamnă că sunt o persoană rea”);	3. Modele de gândire care asociază consumul cu imaginea de sine a unei persoane („Sunt un alcoolik și asta înseamnă că sunt un ratat”);
	4. Afirmatiile de tipul „am nevoie” formulate ca și condiții arbitrare pentru fericire sau supraviețuire („Am nevoie să fiu în control pentru a mă simți bine”). „Fumatul mă ajută să mențin controlul în situațiile stânjenitoare”.	4. Paternul „Substanța chiar mă ajută” („Așa că de ce să renunț?”)

Modificarea credințelor iraționale, înlocuirea lor cu gânduri raționale are ca efect influențarea pozitivă a afectului și, pe cale de consecință, modificare comportamentală. Spre deosebire de terapia cognitivă care lucrează pe erorile cognitive (generalizări, personalizări, etichetări, etc.), TRE vizează modificarea acestor credințe și a evaluărilor atașate acestora (de exemplu, un gând de genul „oamenii nu au încredere în mine și asta e îngrozitor/de nesuportat” va fi confruntat din perspectiva generalizării și din perspectiva evaluării atașate gândului irațional).

Structura analizei ABC este similară analizei funcționale (vezi figura 11.1.) – identificarea evenimentelor activatoare (*Activating events*), a gândurilor (*Beliefs*) și a Consecințelor (*Consequences*), emoții și comportamente. După realizarea unei analize funcționale pe o anumită situație, clientul este invitat să-și analizeze gândurile cu ajutorul terapeutului. Urmează etapa D (Disputare, Dialog). Dacă în urma parcurgerii D, clientul ajunge să accepte iraționalitatea credinței sale și formulează o credință nouă, adecvată realității, rațională, analiza ABC se încheie cu etapa E (evaluare a efectului în plan emoțional și comportamental).

Activator (eveniment, situație, date obiective, inclusiv gânduri, emoții);	
Beliefs (credințe) Ceea ce clientul își spune despre el însuși, ceilalți sau lume în legătură cu A;	Dialog – disputarea credințelor iraționale și formularea unor gânduri raționale alternative;
C1 Consecințe ale credințelor asupra emoțiilor;	
C2 Consecințe ale credințelor asupra comportamentului.	Evaluarea consecințelor probabile pe care un eveniment activator similar le-ar putea avea asupra emoțiilor și comportamentului, în contextul noilor credințe raționale.

Figura 11.1. Analiza ABC

Confruntarea credințelor iraționale și formularea unor gânduri raționale

Confruntarea gândurilor iraționale și facilitarea formulării unor gânduri raționale înlocuitoare se poate realiza folosind tehnici de disputare cognitivă, de imagerie și comportamentale:

1. Formularea de întrebări tip „De ce?” (De obicei, în perioada de identificare a credințelor iraționale – B – este contraindicată folosirea întrebării „De ce?”, pentru a evita raționalizările excesive);

T: *De ce crezi că ai nevoie să fii în control?*

T: *De ce copiii trebuie să aibă grijă de părinții lor?*

T: *De ce crezi că ar fi îngrozitor dacă ai rămâne singur?*

2. Solicitarea de dovezi, argumente logice, consistență logică

T: *Sunt un om de știință, dovedește-mi că ai nevoie de alcool!*

T: *Care sunt legile care spun că așa trebuie făcut?*

T: *Ce studii ai citit pe tema asta?*

Clienții pot fi îndrumați să caute informații pe tema respectivă, să întrebe alți oameni ce cred despre acest lucru.

3. Folosirea exagerărilor sau a umorului

T: *O, Doamne, e așa de jenant că ar fi mai bine să nu mai vorbim despre asta! Să schimbăm repede subiectul!*

T: *Sunt sigur că deja a observat toată lumea lucrul acesta. Nu știu cum o să mai suporti să mergi pe stradă.*

4. Compararea cu alții

T: *Asta ți se aplică doar ție sau mi se poate aplica și mie?*

C: *Pentru alții e în regulă, dar nu și pentru mine.*

T: *Din 6 miliarde de suflete, tu ești singura persoană care?*

5. Folosirea tehnicilor de imagerie dirijată

Clientul este invitat să-și imagineze situația în care problema adusă în terapie s-a manifestat și să re trăiască emoția și disconfortul de atunci. În momentul în care clientul reușește acest lucru, terapeutul îl invită să-și micșoreze, chiar și pentru o secundă disconfortul. Terapeutul întrerupe apoi exercițiul și întreabă: „Ce ai gândit diferit pentru a te simți mai puțin incomfortabil?”

6. Experimentarea comportamentală

Clienților li se poate cere să experimenteze cu a practica tocmai acel comportament pe care îl evită în mod obișnuit (de exemplu, clienții cu frică de respingere să urmărească a fi respinși, clienții care cred că au nevoie să facă lucrurile perfect sunt invitați să facă greșeli dinadins).

Indiferent de școala cognitivă la care aderă terapeutul, restructurarea cognitivă este o parte importantă a procesului de reformulare a cadrului de referință al clientului și merită inclusă în structura programului terapeutic. Modelul formulat inițial de Marlatt și Gordon făcea apel la restructurarea cognitivă doar în ceea ce privește procesul alunecării și al recăderilor:

- confruntarea miturilor despre efectele alcoolului și a expectanțelor pozitive;
- redefinirea alunecării și recăderii ca o oportunitate de învățare și ca etape naturale în procesul de recuperare;

- restructurarea cognitivă a efectului de violare a abstenenței;
- conștientizarea deciziilor aparent irelevante.

Includerea unor intervenții mai elaborate de restructurare cognitivă a gândurilor iraționale mai profunde (*core irrational beliefs*) în cadrul programelor de prevenirea recăderilor este opțiunea fiecărui profesionist care derulează un astfel de program. În opinia și experiența autorilor, acest „bonus” este de natură să crească șansele de recuperare ale clienților, contribuind la procesul general de schimbare a stilului de viață.

În cadrul programului de prevenirea recăderilor la consumatorii problematici de alcool, noi folosim combinația prezentată între analiza funcțională și analiza ABC. Pentru a ne ajuta clienții să facă mai ușor diferența între datele obiective ale realității și elementele de cogniție și cele de afect și pentru a nu-i supraîncărca folosind concepte teoretice elaborate, am introdus termenul de „**Fotografia situației**” care este ușor de înțeles, de acceptat și folosit de clienți. În prezentarea acestei tehnici folosim următoarea formulare: *„Imaginați-vă că dispuneți de un aparat de fotografiat și că puteți realiza o fotografie a situației în care v-ați aflat la momentul respectiv. Pentru început, priviți această fotografie și spuneți ce vedeți. Apoi vom discuta despre gândurile și sentimentele voastre în acel moment și despre ce ați făcut în continuare, ca urmare a acestor gânduri și sentimente.”*

Ca o recomandare generală, este important de adaptat materialul teoretic și exercițiile nivelului de înțelegere și educație al clienților. În experiența noastră, acest demers nu diminuează nivelul de profesionalism al intervenției ci, dimpotrivă, facilitează atașamentul clienților față de metodă și față de grup.

Redăm mai jos un extras dintr-o analiză funcțională cuplată cu o analiză ABC:

ANALIZA FUNCȚIONALĂ

1. **Situația:** sâmbătă dimineață, ora 10, stau în fotoliu, prietena mă zorește să mergem la cumpărături
2. **Gândurile:** „mai e mult până luni”, „mai e mult până la masă”, „prietena vrea să mă ajute”
3. **Sentimentele:** somn, oboseală, agitație, îngrijorare, frică difuză
4. **Comportamentul:** fac ceea ce mi se cere, apoi beau două unități (obiectivul), mă simt mai bine

ANALIZA ABC

C: Prietena vrea să mă ajute.

T: Să te ajute să faci ce anume?

C: Ei i se pare că dacă stau înseamnă că nu mă simt bine și în plus vrea să facem tot felul de treburi - să mergem la cumpărături, de exemplu.

T: Și tu ce ai vrea să faci?

C: Eu aș vrea să nu fac nimic.

T: Și ce-ți spui despre tine în momentul când te gândești că nu ai vrea să faci nimic?

C: Nu am o impresie bună despre mine.

T: Pentru că?

C: Ar trebui să fac ceva. Toată lumea are de făcut câte ceva, doar eu nu am chef să fac nimic.

T: Înțeleg că tu crezi că trebuie să faci ceva anume. Ce înseamnă pentru tine faptul că vrei să stai și să te relaxezi pur și simplu, fără să faci nimic special.

C: Ceva este în neregulă cu mine. Toți au o activitate în weekend. Ei sunt normali.

T: Înțeleg că pentru tine a te relaxa în weekend înseamnă că nu ești normal. Îmi imaginez că te simți foarte rău gândind acest lucru. Spune-mi, lucrul acesta e valabil pentru noi toți, sau doar tu nu ai voie să te relaxezi în weekend.

C: Pentru alții e OK ... și pentru mine [...].

Gând alternativ pozitiv: „Eu trec prin situații dificile, după care am nevoie să mă relaxez și este OK să fac asta“.

CAPITOLUL XII

A FACE FAȚĂ EMOȚIILOR

12.1. A FACE FAȚĂ DEPRESIEI

Importanța temei în contextul programului și față de obiectivul clienților

Asocierea dintre tulburările depresive și consumul de substanțe a fost raportată de numeroși cercetători. Între 15 și 38% dintre consumatorii de alcool asociază *tulburare depresivă majoră* (Driessen, 2001). Simptomele de tip depresiv fac parte din tabloul clinic al sevrăului la unele droguri (cocaină, amfetamină). Adesea, consumatorii de substanțe se prezintă într-un centru de tratament în momentul când au atins „fundul prăpastiei”. Ei exprimă frecvent sentimente de neajutorare față de magnitudinea problemelor cu care se confruntă (Lowinson, 1997). Mulți suferă de tulburări de somn întreținute de și automedicate cu alcool (Brower, 2001). Nu e de mirare astfel că rata tentativelor de suicid printre consumatorii de alcool este de până la zece ori mai ridicată la această categorie de persoane comparativ cu populația generală (Preuss, 2003).

La fel ca în cazul manifestărilor de anxietate deseori asociate, protocoalele de tratament aflate în prezent în uz recomandă abținerea de la tratamentul specific al depresiei pe o perioadă de 3 – 4 săptămâni post-detoxifiere (APA, 1995), pentru a se putea face diferențierea între caracterul primar și cel secundar al tulburării afective.

Pe de altă parte, sentimentul de tristețe este mai mult decât adecvat situației unui consumator problematic de substanțe; de-a lungul „carierii” sale, el va experimenta un număr mare de pierderi semnificative (consumul afectează adesea starea financiară, oportunitățile de dezvoltare personală, impietează asupra relațiilor clienților cu semenii și cu partenerul). Mai mult, în momentul formulării cererii de ajutor, clientul se pregătește pentru o altă pierdere semnificativă: despărțirea de substanță – principalul (dacă nu chiar singurul!) său aliat și cel mai frecvent folosit mod de *coping*.

Este responsabilitatea terapeutului să permită clientului să dea glas gândurilor referitoare la pierdere și să ofere clientului sprijin și o atitudine deschisă. Astfel, intervențiile motivaționale de început de program (de tip balanța decizională) sunt de

natură să ajute clientul să-și rezolve ambivalența față de abandonarea substanței și să formuleze o nouă decizie personală. În continuare, în urma realizării analizei funcționale, se vor identifica acei clienți pentru care sentimentele și gândurile depressive funcționează ca *trigger*-i sau factori declanșatori ai unor situații de (mare) risc.

După partea de *feed-back* de la începutul ședinței, terapeutul va face o prezentare a temei. Este importantă **normalizarea sentimentului de tristețe** (se pot oferi date și cifre privind prevalența acestor manifestări printre persoanele cu consum problematic de substanță). Printr-o discuție de grup sau în cadrul unui *brainstorming* se vor extrage elementele cheie care caracterizează experiența clienților cu stările de tristețe/depresie – emoții, gânduri, comportamente. În cadrul acestei discuții este important ca terapeutul să prezinte rolul substanței în întreținerea sentimentelor de tristețe/depresie și să vizeze modificarea așteptărilor clienților depresivi față de efectul identificat drept pozitiv al consumului de substanță. Se vor identifica apoi strategiile care au funcționat în trecut în astfel de situații. De asemenea, clientul poate învăța noi abilități de a face față. În final, fiecare client își va formula propriul său **plan de a face față**. Iată câteva sugestii (vezi și caietul de lucru):

- Formularea unei cereri de suport/sprijin către un prieten, o rudă sau către terapeutul însuși;
- Revederea cartonașului cu gânduri pozitive (formulate într-o ședință anterioară sau cu ocazia unei analize ABC);
- Implicarea într-o activitate plăcută.

Identificarea, confruntarea și înlocuirea gândurilor iraționale care întrețin sentimentele de tristețe oferă clientului o șansă mai bună de a putea face față acestora fără să recurgă la consumul de substanță. Iată mai jos, redate pe scurt, câteva concepții asupra credințelor care conduc spre și pot fi identificate cu depresia:

DISTORSIUNI COGNITIVE ÎN DEPRESIE		
Beck (1976)	Ellis (1976)	Hauck (1974)
Triada cognitivă: - o viziune negativă de sine - o viziune negativă asupra lumii, - o viziune negativă asupra viitorului.	- credințe legate de inadecvarea personală, - e „îngrozitor” să nu poți avea ce „ai nevoie”, - lumea e un loc „îngrozitor”.	- auto-învinuire, - auto-compătimire, - compătimirea altora.

Obiectivele terapeuților:

- Să prezinte și să utilizeze o tehnică de centrare a atenției;
- Să faciliteze discutarea temelor pentru acasă și a comportamentului clienților în raport cu obiectivele;
- Să prezinte tema ședinței curente;
- Să faciliteze o discuție de grup despre ce înțeleg clienții că înseamnă depresia și manifestările depresiei/tristeții;
- Să prezinte informații relevante despre tristețe și depresie;
- Să realizeze cu clienții una sau mai multe analize funcționale ale unor situații (de mare risc) când aceștia s-au simțit triști/deprimați;
- Să identifice și să confrunte gândurile iraționale care întrețin depresia;
- Să faciliteze formularea de către clienți a unor gânduri raționale ca alternativă la cele iraționale;
- Să faciliteze o discuție pe tema strategiilor (altele decât consumul de substanță) de a face depresiei;
- Să prezinte și să explice modul de efectuare a temelor pentru acasă;
- Să practice cu grupul un exercițiu de relaxare.

Activități și metode:

- Terapeutul introduce conceptul și explică pe scurt legătura dintre depresie/sentimentul de tristețe și comportamentul de consum.
- Terapeutul va invita clienții să vorbească despre experiența lor în ceea ce privește depresia (gânduri, sentimente, comportamente). Terapeutul va nota pe *flipchart* cuvintele cheie din declarațiile clienților și îi va invita să completeze tabelul din caietul de lucru.
- În funcție de credințele exprimate de clienți, terapeutul va furniza informații relevante menite să corecteze percepțiile eronate.
- Terapeutul va invita unul sau mai mulți clienți să lucreze împreună o analiză funcțională a unei situații personale în care sentimentele de tristețe sau depresia au pus în pericol obiectivul de consum.
- Terapeutul va izola gândurile iraționale (vezi Capitolul XI) și le va confrunta facilitând înlocuirea lor cu alte gânduri, raționale, pozitive.
- Terapeutul va invita clienții să experimenteze noile gânduri (să le spună cu voce tare), eventual în cadrul unui joc de rol care recrează situația analizată și să raporteze cum se simt gândind noile gânduri și ce cred că ar face în noua situație.
- Terapeutul va invita clienții să vorbească despre strategiile care au funcționat în trecut și va conduce un *brainstorming* pentru obținerea altor strategii posibile de a face față depresiei, pe care le va nota pe *flipchart*;
- Terapeutul va prezenta și va explica modul de efectuare a temelor pentru acasă (vezi caietul de lucru) și va verifica înțelegerea acestora;
- Terapeutul va practica cu membrii grupului un exercițiu de relaxare.

Instrucțiuni pentru terapeuți (probleme, sfaturi practice):

- Așa cum subliniază și teoriile cognitiviste asupra depresiei, clienții asociază foarte adesea sentimente de vină. Acest lucru va fi exprimat deschis și direct, mai ales de acei clienți care au experiența grupurilor de *Alcoolici Anonimi*. Este important ca terapeutul să-i încurajeze și pe ceilalți în verbalizarea acestor gânduri (atunci când intuiește prezența unei tendințe de autoculpabilizare) și să asigure o protecție și o grijă sporită în timpul acestei ședințe. Terapeutul va facilita printr-o atitudine protectivă, de înțelegere și acceptare, declarațiile de inadecvare și exprimarea suferinței de a fi „doar” o ființă umană imperfectă. Confruntarea credințelor iraționale poate începe de aici sau se poate concentra pe punerea în perspectivă a „păcatelor capitale” comise de client. Chiar dacă sistemul credințelor clientului ne poate părea absurd, chiar ridicol, confruntarea trebuie să fie făcută cu mult tact. Tehnicile care fac apel la umor sunt de obicei contraindicate, cel puțin la începutul intervenției.
- Discuția despre importanța activităților plăcute va fi reluată în cadrul ședinței care va aborda stilul de viață, când se vor detalia aspectele legate de activitățile pe care clientul le face pentru că „trebuie” și cele pe care le face „de plăcere”.
- Este posibil ca pe parcursul ședinței să fie nevoie să clarificați anumite aspecte legate de apetitul alimentar, tulburările hipnice, tulburările de dinamică sexuală. Nu ezitați să oferiți informațiile cerute de clienți și să corectați informațiile care contravin realității (ex.: faptul că mulți clienți consideră că alcoolul facilitează creșterea performanțelor sexuale) oferind date științifice.
- Dacă aveți clienți care se află în tratament psihofarmacologic pentru o tulburare depresivă, puteți face intervenții suplimentare pentru creșterea complianței la tratamentul farmacologic. Este important să amintiți clientului (dacă acesta nu știe deja) pericolele asocierii medicației cu consumul de substanță.

12.2. A FACE FAȚĂ ANXIETĂȚII

Importanța temei în contextul programului și față de obiectivul clienților

Tulburările anxioase (cu excepția fobiilor specifice) se asociază frecvent (între 12,2% și 60,7%, mai ridicat la femei) consumului problematic de alcool (Schade, 2003). Dintre acestea, prevalența fobiei sociale este în special ridicată (Himle, 1999), dar nu sunt rare tulburarea anxioasă generalizată, agorafobia sau tulburarea de panică. Un nivel ridicat de anxietate bazală reprezintă un factor determinant important al recăderilor în consumul de alcool. Pe de altă parte, utilizarea medicației anxiolitice de tip benzodiazepinic se însoțește de riscuri mari privind potențialul de abuz. De aceea, este importantă abordarea acestei problematice în cadrul programului de prevenire a recăderilor și încercarea de influențare a simptomatologiei anxioase pe cale psihoterapeutică.

Până în prezent, s-a dovedit că *alcoolul nu are acțiune anxiolitică proprie*. Viziunea foarte răspândită a alcoolului ca facilitator al interacțiunilor sociale se bazează în mare parte, dacă nu în exclusivitate, pe factorul cognitiv, pe așa numitele *așteptări pozitive*. Este important ca terapeutul să corecteze aceste percepții dacă le întâlnește la clienții săi. O altă sursă importantă a întăririi așteptărilor pozitive privind efectul alcoolului asupra anxietății o reprezintă consumul de alcool la debutul unui sindrom de sevraj, când anxietatea este unul dintre simptome. Pacientul poate trage astfel concluzia că alcoolul îl ajută să facă față anxietății (un adevărat cerc vicios), concluzie nefondată odată cu rezolvarea dependenței fizice (Heinz, 2003). Acest fenomen justifică observația extinsă pe o perioadă de 3 – 4 săptămâni post-dezintoxicare înainte de diagnosticarea unei tulburări anxioase (APA, 1995).

Ședința va include o parte de conștientizare a simptomelor fiziologice, psihice și comportamentale (triada lui Rachman, 1978) specifice unei stări de anxietate ridicată. Terapeutul va extrage elementele care relevă anxietatea (palme transpirate, creșterea ritmului bătăilor inimii, creșterea frecvenței respirației, neliniștea interioară, agitația), fiind în special atent la componenta cognitivă care este și cea mai puțin conștientizată de clienții anxioși.

• Clienți cu atacuri de panică

Este utilă efectuarea unei analize funcționale, cu extragerea gândurilor catastrofice care sunt de obicei aceleași de fiecare dată. Acestea pot fi autodeclarații de pierdere a controlului sau de moarte iminentă. Terapeutul va da informații privind evoluția în clopot a unui atac de panică, cu o pantă ascendentă, un platou și o pantă

descendentă și va stimula formularea de către client a unor gânduri pozitive. Deși foarte neplăcut, un atac de panică nu are risc vital, așa cum cred deseori clienții, și acest mesaj trebuie transmis foarte clar. De asemenea, se poate explica mecanismul hiperventilației în întreținerea unui atac de panică și oferi sugestii de management al unui atac:

- practicarea unui exercițiu de relaxare,
- verificarea realității imediate (deschiderea ochilor, observarea detaliilor din jur, descrierea în amănunt a unui obiect),
- îndemnarea clientului de a rămâne pe loc și a contempla de la distanță evoluția descendentă a fricii (*surfing the feeling*).

Acestea pot fi apoi puse în practică în cadrul unui joc de rol.

• Clienți cu anxietate socială

O analiză funcțională va releva o serie de gânduri iraționale pe care persoana le are atunci când este expusă unei situații anxiogene. Acestea vor fi apoi confruntate și înlocuite de client cu declarații pozitive. Foarte importantă este corectarea așteptărilor pozitive față de consumul de alcool în reducerea anxietății. Se poate face o balanță decizională pe tema „avantajele și dezavantajele consumului de alcool în situații de stress”. Este extrem de benefic a implica pe ceilalți membri ai grupului în a oferi un *feed-back* pozitiv privind prestația persoanei și felul în care ea interacționează public. Oferiți declarații de suport de fiecare dată când persoana ia cuvântul în grup și întăriți acest comportament și sentimentul de eficiență.

Adeseori anxietatea se cuplează cu rușinea provocată de gânduri iraționale privind propria persoană de genul „*ceva este în neregulă cu mine*”, „*oamenii ar putea să afle despre mine că și asta ar fi îngrozitor*”. De aceea, este important ca terapeutul să abordeze schimbarea acestor gânduri într-o manieră grijulie, să ofere protecție. Confruntarea cu umor poate fi și ea eficientă: „*Fă-mă să înțeleg, văd că ai două mâini, două picioare, poți vorbi, nu îți cresc antene verzi din vârful capului, ce este în neregulă cu tine?*”

Tehnicile de relaxare pot fi folosite ca strategii generale de management al anxietății (vezi Anexa 3). În cazul anxietății paroxistice, este indicat ca acestea să fie scurte și să implice de preferat controlul respirației.



Obiectivele terapiei

- Să prezinte și să utilizeze o tehnică de centrare a atenției;
- Să faciliteze discutarea temelor pentru acasă și a comportamentului clienților în raport cu obiectivele personale;
- Să prezinte tema ședinței curente;
- Să faciliteze o discuție de grup despre experiența clienților cu anxietatea, respectiv despre manifestările anxietății și ale fricii
- Să prezinte informații relevante despre anxietate și legătura cu consumul de substanță
- Să realizeze cu clienții una sau mai multe analize funcționale ale unor situații (de mare risc) când aceștia s-au simțit anxioși/speriați;
- Să identifice și să confrunte gândurile iraționale
- Să faciliteze formularea de către clienți a unor gânduri raționale ca alternativă la cele iraționale
- Să faciliteze o discuție/joc de rol pe tema strategiilor (altele decât consumul de substanță) de a face față anxietății
- Să prezinte și să explice modul de efectuare a temelor pentru acasă;
- Să practice un exercițiu de relaxare.

Activități și metode:

- Terapeutul explică pe scurt legătura dintre anxietate/sentimentul de frică și comportamentul de consum.
- Terapeutul va invita clienții să vorbească despre experiența lor în ceea ce privește anxietatea (gânduri, emoții, senzații fiziologice, comportamente). Terapeutul va nota pe *flipchart* cuvintele cheie din declarațiile clienților și îi invită să completeze tabelul din caietul de lucru.
- În funcție de credințele exprimate de clienți, terapeutul va furniza informații relevante menite să corecteze percepțiile eronate.
- Terapeutul va invita unul sau mai mulți clienți să lucreze împreună o analiză funcțională a unei situații personale în care sentimentele de anxietate/frică au pus în pericol obiectivul de consum.
- Terapeutul va izola gândurile iraționale (vezi Capitolul XI) și le va confrunta în vederea înlocuirii lor cu alte gânduri, mai raționale
- Terapeutul va invita clienții să experimenteze noile gânduri (să le spună cu voce tare) eventual în cadrul unui joc de rol care recrează situația analizată și să raporteze cum se simt gândind noile gânduri și ce cred că ar face în noua situație.
- Terapeutul va invita clienții să vorbească despre strategiile care au funcționat în trecut și să realizeze un *brainstorming* pentru obținerea altor strategii posibile de a face față anxietății pe care să le noteze pe *flipchart* (să practice un exercițiu scurt de relaxare, să repete gândurile pozitive, să facă o verificare a realității imediate);
- Terapeutul va prezenta și explica modul de efectuare a temelor pentru acasă (vezi caietul de lucru) și va verifica înțelegerea acestora;
- Terapeutul și clienții vor practica un exercițiu de relaxare.

Instrucțiuni pentru terapeuți (probleme, sfaturi practice):

- Atunci când frica se acompaniază de rușine și o credință irațională privind sinele, terapeutul trebuie să înainteze cu maximum de tact. În plus, modelul cultural nu permite exprimarea fricii de către bărbați. De aceea este important ca terapeutul:

- să normalizeze sentimentul de frică (*„Este normal să simți astfel. Oricine ar simți astfel în situația ta”* sau *„Frica este o stare normală și ne este de folos în a ne feri de pericole. Ea devine o problemă doar când intensitatea ei e prea mare și când nu mai are legătură cu realitatea. Hai să vedem împreună ce poți face ca frica să nu mai fie o problemă pentru tine!”*)
- să mărească gradul de protecție perceput de client înainte de începerea confruntării credințelor iraționale prin:
 - întărirea contractului de confidențialitate
 - asigurarea clientului de sprijinul terapeutului și al grupului
 - asigurarea că procesul poate fi oprit în orice moment dorește clientul
- să verifice starea clientului după încheierea intervenției.

- Ca o recomandare generală privind lucrul cu emoțiile, vom spune că majoritatea persoanelor cu tulburări legate de consumul de substanțe au, dacă nu tulburări afective *per se*, atunci dificultăți de modulare a emoțiilor. Anumite sentimente nu sunt exprimate sau sunt exprimate în dauna altora ori sunt mai intense decât ar fi adecvat. Timpul petrecut de terapeut cu clientul său și lucrul privind normalizarea experienței emoțiilor și încurajarea exprimării lor este neprețuit! O viziune generală de înțelegere a vieții emoționale poate fi redată astfel:

„Așa cum organismul nostru are nevoi, la fel și psihicul/sufletul nostru are nevoile lui. Când organismul are o nevoie, știm asta pentru că ni se face foame, sete, ne e cald sau ne doare ceva. Când psihicul/sufletul nostru are nevoie de ceva, trăim diferite emoții/sentimente. Ele sunt toate bune pentru că ne indică faptul că avem nevoie de ceva”

Dacă nici unul dintre clienți nu semnalează probleme privind managementul anxietății/fricii, este inoportun ca terapeutul să insiste. Se poate folosi astfel timpul pentru a lucra pe alte emoții care se constituie în situații de risc pentru clienți. În prevenirea recăderilor, sunt apreciate flexibilitatea și pragmatismul!

Extrase dintr-un grup

Cum simt eu anxietatea:

COMPONENTA FIZIOLOGICĂ (VOCEA CORPULUI)	GÂNDURI ASOCIATE	ACȚIUNI
- un ceas în stomac care urcă spre piept, apoi spre gât și spre cap - transpirații, tremurături - bufeuri - senzație de cald-rece - palpitații - tensiune - agitație - nod în gât - senzație de leșin - palme umede	- <i>spaimă</i> - <i>groază</i> - <i>panică</i> - gânduri că voi fi tras la răspundere - gânduri rele - sunt singur - <i>mă simt vinovat</i> - rememorarea evenimentelor neplăcute - <i>îngrijorare</i> - teama că voi greși, că nu sunt suficient de bun - așteptări negative - <i>teamă în raport cu performanța viitoare, cu ce vor gândi alții despre mine</i>	- dus genunchii la gură, în poziție fetală - consum cafea, medicamente, alcool (îi trimiteam pe alții să-mi cumpere), țigări - nevoia de a comunica - fugă - izolare - apelul la un prieten - spăl vase

Note:

- Unii dintre clienții grupului confundau gândurile cu sentimentele/emoțiile, așa cum se vede din coloana „gânduri asociate”. Am decis să nu confruntăm acest lucru imediat și să completăm tabloul anxietății așa cum l-au dictat clienții. Apoi am confruntat această confuzie și am diferențiat că spaima, groaza, panica, vinovăția, îngrijorarea, teama sunt de fapt sentimente și nu gânduri. Am extras apoi gândurile care stăteau în spatele acestor sentimente: „*Ce gândești când te simți vinovat?*”, „*Ce gândești când ai teamă de performanță?*”. Este important pentru clienți să se simtă auziți, să vadă că terapeuții aud mesajul lor și că vorbele care reflectă experiența lor sunt trecute în tabel. O confruntare prea rapidă poate inhiba procesul de *brainstorming*.

12.3. A FACE FAȚĂ FURIEI

Importanța temei în contextul programului și față de obiectivul clienților

Managementul furiei este o problemă des întâlnită printre persoanele consumatoare de substanțe. Ca urmare a modelului cultural și în cursul procesului de dezvoltare intrafamilială, clienții își apropie o serie de interdicții/gânduri iraționale referitoare la furie. Iată câteva dintre cele mai frecvent întâlnite în practica noastră:

- *nu trebuie să mă înfurii;*
- *furia este un sentiment care trebuie evitat;*
- *furia înseamnă violență;*
- *trebuie să mă simt vinovat dacă mă înfurii pe cineva (rudă, prieten);*
- *chiar dacă mă simt furios, nu trebuie să exprim acest sentiment.*

De aceea, o dată cu prezentarea temei, terapeutul va direcționa discuția spre normalizarea sentimentului de furie. Următoarele idei pot fi de ajutor în acest sens:

- furia este un sentiment care ne arată că avem un disconfort
- există mai multe nivele de furie, (supărare, iritare, nervozitate). Aici se pot folosi așa numita SUDS (Subjective Units of Disturbance Scale, Wolpe, 1973), tehnică folosită și în cotarea intensității poftei de consum: „Pe o scară de la 1 la 10, cu 1 fiind cea mai mică furie pe care ai trăit-o vreodată și 10 cea mai mare pe care ți-o poți imagina, cât de furios ești acum/erai atunci?” Această tehnică, atunci când este însoțită și folosită de client, îl poate face mai conștient de procesele afective în desfășurare, astfel încât să nu mai fie surprins de stări emoționale puternice cărora le poate face față doar cu greu.
- furia nu înseamnă violență. Violența/agresiunea este un comportament, furia este un sentiment, o emoție. Așa cum clienții își exercită controlul asupra stărilor de *craving*, de poftă intensă și nu consumă, la fel pot fi oricât de furioși și să nu recurgă la violență.
- furia ne poate ajuta să ne rezolvăm problemele, indicându-ne sursa disconfortului. Violența este o modalitate excelentă de a NU ne rezolva problemele.

Pe *flipchart*, terapeutul va extrage elementele cheie, afective, cognitive și comportamentale, care caracterizează experiența clienților cu trăirea și exprimarea furiei. Realizarea unor strategii de a face față furiei (de reducere a intensității furiei până la un nivel gestionabil), personalizate pentru fiecare client în parte este pasul următor. Iată câteva dintre ele (vezi caietul de lucru):

- Exprimarea furiei prin CUVINTE, mai degrabă decât prin acțiuni;
- Eliberarea energiei mobilizate de trăirea furiei prin exerciții fizice (alergat, lucru manual, lovit într-o pernă);
- Distragerea atenției de la conflict (strategiile de evitare sunt recomandabile la clienții „neexperimentați”);
- Practicarea tehnicilor de relaxare. Tehnici de control al respirației;
- Sfatul „bătrânesc” – *când ești furios, numără întâi până la 10* – poate fi folosit cu succes de unii clienți
- O activitate plăcută (mers la cumpărături, film, teatru, muzeu, galerie de artă, bibliotecă, urmărirea unui program TV)

O analiză funcțională, urmată de o analiză ABC poate identifica și corecta o serie de gânduri iraționale legate de furie.

Grupul poate funcționa în acest caz foarte bine ca un poligon de experimentare cu furia. Clienții pot experimenta cu exprimarea sentimentului de furie într-un mediu controlat, beneficiind de asistența terapeutului. De exemplu:

C1 către C2: „*Sunt furios pe tine pentru că m-ai întrerupt în timp ce vorbeam*”

T: „*Vrei să spui un pic mai tare te rog, eu stau lângă tine și de-abia te-am auzit. Sunt sigur că C2 nici nu a băgat de seamă că i-ai spus ceva.*”

Obiectivele terapeuților:

- Să prezinte și să utilizeze o tehnică de centrare a atenției;
- Să faciliteze discutarea temelor pentru acasă și a comportamentului clienților în raport cu obiectivele personale;
- Să prezinte tema ședinței curente;
- Să faciliteze o discuție de grup despre experiența clienților cu furia; discuție despre manifestările furiei
- Să prezinte informații relevante despre furie și legătura cu consumul de substanță
- Să realizeze cu clienții una sau mai multe analize funcționale ale unor situații (de mare risc) când aceștia s-au simțit furioși;
- Să identifice și să confrunte gândurile iraționale
- Să faciliteze formularea de către clienți a unor gânduri raționale ca alternativă la cele iraționale
- Să faciliteze o discuție pe tema strategiilor (altele decât consumul de substanță) de a face furie
- Să prezinte și să explice modul de efectuare a temelor pentru acasă;
- Să practice un exercițiu de relaxare.

Activități și metode:

- Terapeutul explică pe scurt legătura dintre furie și comportamentul de consum.
- Terapeutul va invita clienții să vorbească despre experiența lor în ceea ce privește furia (gânduri, emoții, senzații fiziologice, comportamente). Terapeutul va nota pe *flipchart* cuvintele cheie din declarațiile clienților și îi invită să completeze tabelul din caietul de lucru.
- În funcție de credințele exprimate de clienți, terapeutul va furniza informații relevante menite să corecteze percepțiile eronate.
- Terapeutul va invita unul sau mai mulți clienți să lucreze împreună o analiză funcțională a unei situații personale în care sentimentele de furie/frică au pus în pericol obiectivul de consum.
- Terapeutul va izola gândurile iraționale și le va confrunta în vederea înlocuirii lor cu alte gânduri, mai raționale
- Terapeutul va invita clienții să experimenteze noile gânduri (să le spună cu voce tare) eventual în cadrul unui joc de rol care recrează situația analizată și să raporteze cum se simte gândind noile gânduri și ce crede că ar face în noua situație.
- Terapeutul va invita clienții să vorbească despre strategiile care au funcționat în trecut și să facă un *brainstorming* pentru obținerea altor strategii posibile de a face față furiei pe care să le noteze pe *flipchart* (să practice un exercițiu scurt de relaxare, să repete gândurile pozitive, să facă o verificare a realității imediate, etc);
- Terapeutul va prezenta și explica modul de efectuare a temelor pentru acasă (vezi caietul de lucru) și va verifica înțelegerea acestora;
- Terapeutul și clienții vor practica un exercițiu de relaxare.

Instrucțiuni pentru terapeuți (probleme, sfaturi practice):

- Persoanele care sunt prea puțin sau deloc conștiente de propria viață emoțională pot beneficia de pe urma efectuării unui „*jurnal al emoțiilor*”. Clientul va nota într-un jurnal, la intervale de timp regulate (15 minute, jumătate de oră, o oră) sentimentul/emoția predominantă pe care o resimte la acel moment. De ajutor poate fi fixarea unei alarme/ceas deșteptător care să atenționeze clientul la intervalul de timp stabilit. Acest exercițiu poate fi efectuat și pe durata ședinței de grup/terapie individuale.
- Un grup de prevenirea recăderilor nu este un loc potrivit pentru intervenții psihodinamice sau de tip gestalt. Pe de altă parte, recomandăm terapeuților experimentați să facă minime intervenții de acest tip ori de câte ori consideră necesar și posibil. Rigiditatea în aplicare, gândul că trebuie să faci „terapie”

Într-un anumit mod contravine spiritului flexibil al prevenirii recăderilor. Sau, în cuvintele lui Ellis, „*Musturbation leads to self-abuse*”.

Extrase dintr-un grup

Analiza funcțională a unor situații în care furia s-a constituit în factor activator al unei SMR:

Situația 1:

Acasă, observ că în bucătărie s-a spart o țeavă.

Gânduri:

Asta mi se întâmplă numai mie;
Fiica mea nu mă ajută niciodată;
Trebuie să fac toate lucrurile singură;
În situațiile grele, ceilalți nu mă ajută;
Nu pot conta pe ceilalți;
Nu sunt în stare să fac față situațiilor dificile.

Emoții:

Furie, enervare.

Comportament:

Consum.

Situația 2: stau în picioare, în fața cabinetului medical, după ce medicul m-a lăsat să aștept 3 ore și continuă să mă ignore.

Gândurile: confuze, „el (medicul) nu se respectă pe sine”, „ceilalți sunt nesimțiți”, „nu are rost să mă iau la harță cu ei”, „sunt mai deștept”, „sunt deasupra lor”

Sentimentele: tristețe, enervare, iritare.

Comportamentul: am amânat exprimarea furiei, am plecat, am analizat după aceea cine a avut dreptate, m-am implicat în alte activități, nu am consumat.

3. Strategii de management al furiei identificate în grup.

Ce fac când mă simt furios:

- Nu răspund, nu bag în seamă;
- Mă gândesc la furie;
- Mă gândesc la punctul de vedere al celuilalt;
- Mă gândesc la ce am de făcut pe viitor în legătură cu această problemă

CAPITOLUL XIII

CAPCANELE PSIHOLOGICE

Importanța temei în contextul programului și față de obiectivul clienților

Cadrul de referință (vezi Capitolul XI) facilitează adaptarea la realitatea obiectivă și subiectivă permițând formularea de predicții asupra cursului evenimentelor. Atunci când persoana are credința că lucrurile se vor petrece într-un anumit fel, din nevoia de a-și menține și confirma cadrul de referință, ea va influența subtil situația pentru a permite predicției să se împlinească. Este ceea ce Festinger (1964) a numit *profeții autoîmplinite*. Manipularea situației astfel încât să faciliteze confirmarea credinței se poate întâmpla fără ca persoana să fie conștientă. Acest fapt este frecvent întâlnit și în adicții, când indivizii își montează și cad în propriile capcane, experimentând din plin sentimentul eșecului în încercarea de a-și schimba comportamentul de consum (Wanigaratne et al., 1997).

Capcanele psihologice constituie obstacole importante în menținerea abstenenței sau a consumului controlat și a autocontrolului în general. Pe scurt, ele desemnează înscenări ale unor situații de (mare) risc realizate de consumatori.

Două tipuri de asemenea capcane – ambele descrise inițial de Marlatt și Gordon (1985) – sunt reprezentate de:

1. *Deciziile aparent irelevante;*
2. *Efectul violării regulii (abstinenței).*

1. Deciziile aparent irelevante (D.A.I.)

Cunoscute și sub denumirea de *montaje psihologice*, D.A.I. descriu seria de decizii cotidiene aparent neînsemnate care conduc clientul într-o asemenea situație încât ar avea nevoie de o forță uriașă pentru a rezista tentației de a se angaja în comportamentul adictiv, cu alte cuvinte conduc persoana spre o situație de mare risc (ex. drumul ales spre casă este cel pe care se află barul favorit unde obișnuia să consume sau prietenul vizitat este un obișnuit tovarăș de pahar). Consumatorul nu este conștient sau este doar parțial conștient de proces și poate doar analiza retrospectiv importanța acestor aparent neînsemnate decizii. Multe montaje sunt de domeniul evidenței, dar sunt și montaje foarte subtile – a te expune unui stres constant crescut astfel încât nevoia recompensei să devină inevitabilă. Aceste decizii se produc mai ales atunci când a avut loc o schimbare în balanța decizională și schimbarea nu a

fost realizată conștient. Când clienții își dau seama că își înscenează singuri o situație de mare risc, devine utilă *rescrierea balanței decizionale* pentru a explicita decizia și a analiza factorii care o influențează (Wanigaratne et al., 1997). Pe scurt, abilitatea de a conștientiza deciziile aparent irelevante vizează schimbarea comportamentului prin anticiparea consecințelor în viitor (Caroll, 1999).

2. Efectul violării regulii (E.V.R.)

Efectul violării regulii sau *efectul violării abstinentei* este o capcană psihologică frecvent întâlnită în cazul clienților cu probleme adictive. Capcana se formează pe baza prohibiției comportamentului adictiv, atunci când cineva alege sau e forțat să nu mai facă *niciodată* un anumit lucru, fără a lăsa loc de greșală și având credința că încălcarea regulii nu poate să atragă decât cumplite consecințe. Clienții predispuși la acest mod de interpretare a regulii sunt cei cu un mod de gândire de tip „totul sau nimic”, de multe ori cei crescuți într-un climat rigid, sever, autoritar (vezi tabelul 13.1.).

Tabel 13.1. Diferențe în modul de experimentare și atribuire al episodului de alunecare care influențează progresia spre recădere
(după Larimer & Marlatt, 1999)

EFFECTUL VIOLĂRII ABSTINENȚEI	
Clienți cu risc de transformare a alunecării într-o recădere	Clienți cu prognostic bun de revenire la abstință după o alunecare
- atribuie alunecarea propriului eșec - sentimente de vină - conștiința dureroasă a eșecului personal - atribuie recăderea unor factori interni, globali, stabili (neinfluențabili) – „nu am voință”, „nu voi fi <i>niciodată</i> capabil să mă opresc”	- atribuie alunecarea unei lipse de abilități în a face față unei situații de mare risc neprevăzute sau foarte intense – factori externi, specifici, instabili - sunt conștienți de nevoia de a învăța din propriile „greșeli” - hotărăsc să deprindă acele abilități care, pe viitor, îi vor ajuta să facă față în situații de risc similare

Dacă regula e interpretată într-o manieră absolută, rigidă, auto-punitivă, atunci presiunea acesteia va conduce la efectul violării regulii. Acest efect sugerează faptul că presiunea regulii crește probabilitatea alunecării, iar atunci când alunecă sub presiunea regulii, clientului îi scade capacitatea de a preveni transformarea alunecării în recădere.

În acest context sunt descrise trei tipuri de *capcane de gândire* care pot determina producerea unei alunecări și eventual a unei recăderi:

1. *Testarea autocontrolului;*
2. *Heteroatribuirea responsabilității sau pasarea responsabilității;*
3. *Desconsiderarea diferenței sau a distanței dintre alunecare și recădere.*

1. Capcana testării autocontrolului

Este cazul în care regula este văzută ca o provocare, un prilej de testare a voinței și a tăriei autocontrolului. Dacă persoana se simte capabilă să controleze expunerea la „fructul interzis”, ea poate gândi fie că *„totul e în regulă acum”*, fie că *„am nevoie de un test mai serios pentru a vedea dacă chiar am rezolvat problema”*. În fiecare din cele două variante, persoana ajunge în situații din ce în ce mai dificil de controlat, cu risc din ce în ce mai mare de consum, până când – aproape inevitabil – se produce o alunecare. Această capcană de gândire poate fi remarcată prin apariția gândurilor de genul *„Să vedem dacă fac și acum față; n-am mai călcat strâmb de patru luni”*. Un exemplu clasic este revenirea în locurile în care clientul obișnuia să consume.

2. Capcana heteroatribuirii sau pasării responsabilității

Această capcană este ilustrată prin ideea consumatorului că *„Ei sunt cei care trebuie să mă determine să mă opresc!”*. Regula auto-impusă încetează a mai fi o decizie de schimbare a comportamentului și devine ceva impus din afară clientului. Persoana care e considerată „responsabilă pentru schimbare” este adesea reprezentată de consilier, terapeut, medic, „serviciu” sau partener. Ele par a deveni figuri de tip autoritar; de aceea, „depinde de ei” să verifice și să se asigure că regula e respectată, iar *„ceea ce ei nu văd nu contează”*.

3. Capcana desconsiderării diferenței dintre alunecare și recădere

Definitorie pentru acest tip de capcană este credința consumatorului aflat într-un episod de alunecare că *„Odată ce am început, pot la fel de bine să merg până la capăt!”* Una dintre problemele regulii formulate prea rigid este că, odată încălcată, *„asta e!”* Nu mai sunt alte reguli care să ghideze individul. Zicala *„E totuna dacă mă spânzură pentru o oaie sau pentru toată turma”* ilustrează bine acest lucru: dacă persoana bea un pahar, poate la fel de bine să continue băutul atunci când consideră că *„e totuna!”*.

Mulți consumatori au credința că, de îndată ce consumă un pahar sau iau o doză de substanță, pierd orice capacitate de control asupra comportamentului și de aceea continuă să consume pentru a uita că *„nu au voință”*. Adeseori, acest lucru nu e atât de clar ca o credință verbalizată, dar sunt multe persoane care refuză să privească

modalitățile de *stopare* a unei recăderi odată ce aceasta a început. Uneori se întâmplă astfel doar pentru că persoana pur și simplu crede că recăderea nu se va produce.

E foarte importantă descoperirea modalităților de evitare a recăderii înainte ca aceasta să înceapă. E dificil de găsit energie pentru a apela la ieșirea de urgență în timp util, astfel că persoanele cu asemenea probleme trebuie să lucreze din timp, indiferent cât de probabilă sau improbabilă pare o recădere.

Obiectivele terapeuților:

- Să practice împreună cu clienții o tehnică de centrare a atenției;
- Să faciliteze discutarea temelor pentru acasă și a comportamentului clienților în raport cu obiectivele personale;
- Să prezinte modelul capcanelor psihologice;
- Să faciliteze o discuție de grup despre experiența clienților cu situații de risc pe care au impresia că și le-au înscenat;
- Să realizeze în grup o analiză funcțională a unei situații de (mare) risc înscenate și să identifice erorile de gândire și capcanele de gândire care au favorizat pofta sau/și consumul;
- Să revadă planul de urgență în lumina noilor informații;
- Să prezinte și să explice modul de efectuare a temelor pentru acasă;
- Să practice un exercițiu de relaxare.

Activități și metode:

- Terapeutul va prezenta conceptul de capcană psihologică sau montaj al situației de risc.
- Terapeutul va invita clienții să vorbească despre experiența lor în ceea ce privește capcanele sau montarea situațiilor de risc.
- Terapeutul va facilita identificarea unor erori și a unor capcane de gândire care pot determina înscenarea unei situații de (mare) risc de către clienți.
- Terapeutul va confrunța erorile de gândire și va facilita formularea unor gânduri raționale alternative.
- Terapeutul va facilita elaborarea de către clienți a unor strategii personalizate de evitare a capcanelor.
- Terapeutul va prezenta și explica modul de efectuare a temelor pentru acasă (vezi caietul de lucru) și va verifica înțelegerea acestora;
- Terapeutul și clienții vor practica un exercițiu de relaxare.

Instrucțiuni pentru terapeuți (probleme, sfaturi practice):

- Este responsabilitatea terapeuților să-și ajute clienții să învețe să recunoască și să întrerupă montajul înainte de a începe consumul. E mai ușor de întrerupt lanțul sau seria deciziilor aparent irelevante în orice punct înainte de consum (cu cât se află mai spre început cu atât e mai ușor) și devine tot mai dificil de întrerupt odată ce persoana se află în situația de (mare) risc, eventual în bar, în prezența membrilor grupului de egali consumatori. De aceea, e de preferat pentru clienți să învețe să detecteze și să întrerupă lanțul de decizii la început, când riscul, pofta și disponibilitatea substanței sunt relativ scăzute.
- Efectul violării regulii, prin modul distorsionat/irațional de atribuire reprezintă o constelație de gânduri iraționale care pot fi confruntate în cadrul unei analize ABC.
- În experiența noastră, mulți clienți aflați în stadiul de menținere prezintă aceste tipuri de gânduri „periculoase”. Terapeutul se va afla în poziția delicată de a avea de ales între a respecta și a nu interveni în acest echilibru foarte fragil (în opinia terapeutului) la care clientul a ajuns și a încerca să mărească gradul de stabilitate al acestui echilibru (asemenea monedelor într-un fișic). Soluția este tatonarea prudentă a terenului și monitorizarea în permanență a semnelor care preced o recădere.

CAPITOLUL XIV

PRESIUNEA SOCIALĂ. STRATEGII DE A-I FACE FAȚĂ

Importanța temei în contextul programului și față de obiectivele clienților

Situațiile de (mare) risc sunt acele situații care presupun o amenințare la adresa sentimentului personal de control și în care riscul unei potențiale alunecări și recăderi este mai crescut comparativ cu situațiile obișnuite. Pe scurt, sunt acele situații în care clienților le este dificil să nu reia comportamentul de consum (vezi Capitolul VIII).

Presiunea socială constituie acea categorie de situații în care riscul este generat de probabilitatea crescută pentru client de a consuma ca **răspuns la influența unei alte persoane sau a unui grup de persoane**. De obicei, presiunea cea mai puternică de a consuma vine de la **grupul de egali**.

Presiunea asupra individului aflat în perioadă de menținere pentru a se angaja în comportamentul de consum poate fi exercitată fie **direct** (prin contact interpersonal direct și presiune verbalizată: invitații clare la a consuma, tachinări și ironii legate de noua decizie a clientului, contraargumentarea noului comportament etc.), fie **indirect** (a se afla în prezența unor persoane – de obicei semnificative pentru client – care se angajează în comportamentul de consum).

Comportamentul de consum – pe lângă efectele plăcute experimentate de client ca urmare a ingerării propriu-zise a substanței – are adesea în cazul consumului în doi sau în grup și o funcție ritualică, un mod de petrecere a timpului, de contact interpersonal. Aceasta poate implica acceptarea necondiționată de către alții și un oarecare grad de intimitate, adesea prezente la cote foarte scăzute în viața persoanelor cu probleme adictive. De aceea, clienților le poate fi foarte dificil să renunțe la toate efectele asociate consumului în grup, în absența elaborării altor strategii de satisfacere a nevoilor de acceptare și intimitate.

Grupul de suport/terapeutic poate funcționa ca un factor pozitiv de presiune socială, care poate contracara condiționarea obținerii confortului psihic de contactul cu grupul de consumatori și de consum.

Pe lângă dezvoltarea unor relații interpersonale satisfăcătoare cu nonconsumatori, clienții sunt îndrumați să-și elaboreze strategii personalizate imediate de a face față presiunii sociale (vezi figura 16.1).

Strategiile de a face față presiunii sociale pot fi diferențiate în globale sau specifice (separarea este făcută mai mult din motive didactice).

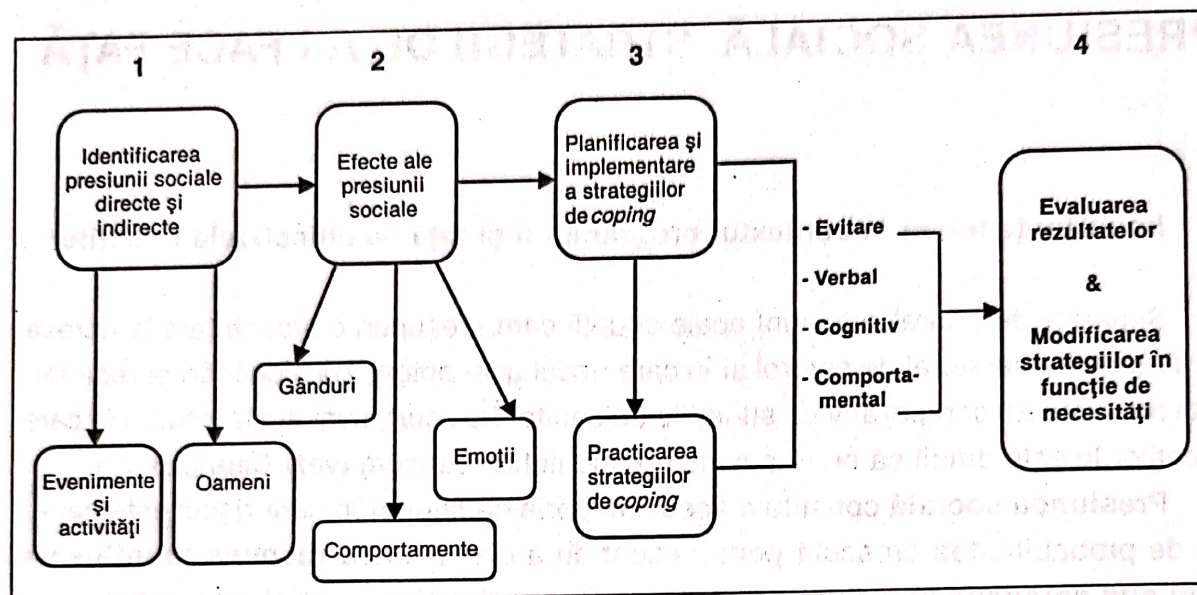


Figura 16.1. Presiunea socială (după Lowinson, 1997)

1. Strategiile globale de a face față includ:

- Dezvoltarea unor **strategii globale de evitare**. Acestea vizează în special antrenarea clienților în a rupe lanțul deciziilor aparent irelevante înainte de a ajunge în situația de risc,
- Dezvoltarea **comportamentului asertiv**.

2. Strategiile specifice de a face față pot fi diferențiate în funcție de obiectivul clienților, după cum urmează:

- Strategii specifice de a face față presiunii sociale pentru clienții cu obiectivul **consum controlat**.
- Strategii specifice de a face față presiunii sociale pentru clienții cu obiectivul **abstinență**.

Strategii specifice pentru a menține obiectivul
(în condiții de presiune a grupului) (adaptat după Valleman, 1993)

consum controlat de alcool	abstinență
<i>Înainte de consum:</i>	<i>Înainte de a vă întâlni cu grupul:</i>
• consumați alimente înainte de a bea; • amânați momentul consumului; • plecați de acasă cu o sumă mai mică de bani; • nu consumați în locuri în care în trecut ați făcut abuz; • luați băuturi fără alcool atunci când mergeți la petreceri și la prieteni.	• nu mergeți în locuri în care în trecut ați făcut abuz; • propuneți o alternativă la locul respectiv; • dacă mergeți totuși în bar, consumați alimente și lichide înainte; • plecați de acasă cu o sumă mai mică de bani; • luați băuturi fără alcool atunci când mergeți la petreceri și la prieteni.
<i>În timpul consumului:</i>	<i>În timpul întâlnirii cu grupul:</i>
• inițial, consumați o băutură ușoară, o perioadă mai lungă de timp; • beți „sferturi” în loc de „jumătăți”, „simplu” în loc de „dublu”, bere cu concentrație de alcool mai scăzută și în cantitate mai scăzută, decât băuturi tari și în cantități mari; • beți mai multe băuturi diluate; • beți cu „înghițituri” mici; • puneți paharul jos între înghițituri; • nu stați la bar; • beți în pas cu cel mai lent băutor din grup; • alternați băuturile alcoolice cu cele nealcoolizate; • monitorizați consumul (o cantitate minimă într-un interval de timp cât mai mare); • evitați produsele care vă fac sete (ex. alunele); • antrenați-vă să refuzați băutul (comportamentul asertiv); • faceți ceva activ în timpul consumului (pariuri, joc de cărți); • încetați consumul când considerați că v-ați atins limitele (obiectivul).	• formulați în prealabil explicații și oferiți-le (de ex. fac tratament cu antibiotice, țin regim alimentar, țin post); • spuneți „NU!” cu o voce clară, fermă și fără ezitare. Stabiliți contact vizual direct (vezi comportamentul asertiv); • dacă celălalt insistă, spuneți-i să înceteze; • schimbați subiectul de conversație și evitați discuția; • aveți grijă să aveți mereu paharul plin cu o băutură nealcoolizată; • nu consumați alimente pe care de obicei le consumați în asociere cu substanța (ex.: alune + bere; cafea + țigări); • altele.

Obiective pentru terapeuți:

- Să prezinte și să utilizeze o tehnică de centrare a atenției;
- Să faciliteze discutarea temelor pentru acasă și a comportamentului clienților în raport cu obiectivele personale;
- Să faciliteze o discuție de grup despre experiența clienților cu episoadele de alunecare și/sau recădere survenite ca urmare a presiunii sociale;
- Să faciliteze clienților identificarea situațiilor de risc generate de presiunea grupului;
- Să prezinte și să discute strategii de a face față presiunii sociale (globale, specifice).
- Să faciliteze elaborarea de către clienți a unor strategii individualizate de a face față presiunii grupului (cel puțin două strategii pentru fiecare client);
- Să prezinte și să explice modul de efectuare a temelor pentru acasă;
- Să practice un exercițiu de relaxare.

Activități și metode:

- Terapeutul invită clienții la o discuție de grup pe tema importanței temei (presiunea socială ca situație de risc).
- Terapeutul invită clienții să vorbească despre experiența lor în ceea ce privește experiențele de alunecare sub presiunea altor persoane.
- Terapeutul invită unul sau mai mulți clienți să lucreze împreună o analiză funcțională a unei situații personale de risc generată de presiunea grupului (care a condus sau nu la o alunecare/recădere).
- Terapeutul invită clienții la un exercițiu de *brainstorming* pe tema strategiilor posibile de a face față presiunii sociale (frecvent a grupului de egali consumatori).
- Terapeutul invită clienții să-și elaboreze propriile strategii de a face față presiunii grupului (cel puțin două strategii pentru fiecare client);
- Terapeutul va invita clienții să experimenteze noile strategii eventual în cadrul unui joc de rol care recrează situația analizată și să raporteze ce gândesc, ce simt și ce cred că ar face diferit în noua situație.
- Terapeutul va prezenta alte strategii care ar putea fi folosite pentru a face față presiunii grupului.

Instrucțiuni pentru terapeuți (probleme, sfaturi practice):

- Pentru a facilita creșterea coeziunii de grup și a mări efectul grupului ca factor pozitiv de presiune socială, terapeuții își pot încuraja clienții să exprime suport față de ceilalți membri ai grupului, să se felicite reciproc pentru atinerea obiectivelor, să-și ofere încurajări, sugestii, să ceară direct ce au nevoie unii de la alții.

CAPITOLUL XV

STILUL DE VIAȚĂ. STRESUL. BALANȚA TREBUIE-DORESC

Importanța temei în contextul programului și față de obiectivul clienților

În ceea ce privește stilul de viață, două importante supoziții ale programului de prevenire a recăderilor sunt:

1. Stresul, sub diferite forme, crește probabilitatea alunecării și recăderii
2. Recăderea poate fi prevenită fie prin reducerea sursei de stres, fie prin creșterea abilităților de a face față factorilor de stres.

Situațiile de (mare) risc corelează adesea cu acumularea unui stres crescut resimțit de individ; nivelul de stres pe care îl experimentăm în viață depinde de două categorii de factori:

- **Sursele de stres** sau factorii de stres cu care ne confruntăm: 1. *Evenimentele majore de viață*; 2. *Necazurile și micile bucurii cotidiene*; 3. *Dezechilibrul dintre ceea ce trebuie și plăceri* (Wanigaratne et al., 1997);
- **Resursele personale** de evitare sau confruntare a acestor factori de stres.

Un stil de viață echilibrat, care să scadă probabilitatea recăderii, presupune echilibrul între aceste două categorii de factori.

În absența altor resurse personale de *coping*, consumul substanței reprezintă adesea principala modalitate de a face față stresului și de a obține o satisfacție imediată. De aceea, cu cât nivelul de stres este mai crescut, cu atât crește probabilitatea alunecării și a recăderii. Odată exclus consumul substanței ca soluție adaptativă, clienții au nevoie să-și dezvolte și să utilizeze alte strategii de a face față. Dintre acestea, *strategiile globale* de a face față situațiilor de risc constau în *intervențiile în stilul de viață*. Ele urmăresc:

- îmbunătățirea generală a strategiilor de a face față discutate în ședințele tematice anterioare,
- aplicarea strategiilor de *coping* în contexte mai largi,
- îmbunătățirea management-ului stresului.

Balanța Trebuie vs. Doresc

Un exemplu de intervenție în stilul de viață îl constituie evaluarea gradului de stres prin realizarea așa-numitei **Balanțe Trebuie vs. Doresc** (vezi figura 15.1), pe o perioadă delimitată de timp, cu evidențierea (dez)echilibrului între activitățile plăcute, bazate pe motivații intrinseci și cele susținute de motivații extrinseci – „*treburile*”. În cazul indivizilor care funcționează predominant în *Trebuie* apare riscul de a reechilibra balanța prin consumul substanței sau de a se autopremia cu substanță în lipsa altor modalități de premiere sau surse de satisfacție. De aceea, e importantă găsirea de noi modalități pentru reechilibrarea balanței – având în vedere faptul că prea mulți de *Trebuie* favorizează recăderea – precum și a unor noi strategii de autopremiere, altele decât utilizarea substanței.

PERIOADA		ACTIVITATEA	TREBUIE (T)	DORESC (D)
Ora începerii	Ora încheierii			
TOTAL				

Figura 15.1. Balanța Trebuie vs. Doresc

Adesea clienții raportează că nu știu cum să își umple timpul liber cu activități plăcute; ei constată frecvent că activitățile realizate odată cu plăcere au fost treptat înlocuite de consumul substanței. De aceea, gestionarea timpului liber devine o abilitate de care depinde în mare măsură atingerea obiectivului clienților, cu atât mai mult cu cât renunțarea la substanță și la comportamentul ritualic de consum va lăsa adesea în urmă un interval mare de timp nestructurat. Frecvent, în cazul consumatorilor aflați în perioadă de menținere, **plictiseala** constituie o situație de (mare) risc, mai ales atunci când există credințe asociate de genul „*nu pot suporta senzația de plictiseală*”, „*plictiseala este un sentiment îngrozitor*”. O analiză ABC va facilita restructurarea cognitivă și formularea unor gânduri pozitive alternative (de ex. „*chiar dacă este neplăcută, pot suporta senzația de plictiseală*”). Clienții vor fi încurajați să-și reia activitățile realizate în trecut cu plăcere și să descopere noi surse de satisfacție, altele decât utilizarea substanței de abuz.

Dependențele pozitive

În acest context, o altă intervenție în stilul de viață o constituie înlocuirea consumului substanței cu o altă activitate, care are efecte pozitive pe termen scurt (având

în vedere nevoia de satisfacție imediată a majorității consumatorilor, a toleranței relativ scăzute la frustrare caracteristice acestora) și nu are efectele negative pe termen lung ale consumului de alcool sau drog evidențiate cu ajutorul *balanței decizionale*.

Folosind *brainstorming*-ul și discuția de grup, se poate alcătui o *balanță decizională* în grup pentru o altă activitate (de exemplu, un sport), în paralel cu revederea balanței decizionale efectuate pe consumul substanței. Clienții sunt încurajați să alcătuiască acasă o balanță decizională personală pentru o activitate aleasă de ei. Pentru ca activitatea să se poată constitui într-o așa-numită *dependență pozitivă*, este nevoie ca ea să îndeplinească o serie de criterii (vezi tabelul 15.1).

Tabelul 15.1. Criteriile dependenței pozitive (după Glasser, 1976)

CRITERIILE DEPENDENȚEI POZITIVE	
1.	Este o activitate necompetitivă pe care alegi să o faci și îi poți acorda aproximativ o oră zilnic.
2.	E posibil să o faci cu mare ușurință și nu e nevoie de un efort mental deosebit.
3.	O poți face singur sau cu alții, dar realizarea ei nu depinde de alții.
4.	Consideri că are o oarecare valoare pentru tine (fizică, mentală, spirituală).
5.	Consideri că dacă persisti în realizarea ei o poți îmbunătăți, dar asta trebuie să fie doar credința sau părerea ta personală.
6.	Trebuie să fie o activitate pe care o poți face fără să te autocritici din cauza „imperfecțiunilor” modului în care o realizezi.

Unii dintre clienții noștri au constatat că efectele pe termen scurt ale băutului și ale unei activități sportive pot fi destul de similare. Multe dintre efectele pe termen scurt asociate sportului se mențin și se transformă în efecte pozitive pe termen lung, în timp ce, în cazul băutului, doar puține efecte pozitive se mențin, în timp ce marea majoritate devin negative. Similitudinile dintre cele două balanțe (vizând practicarea sportului, respectiv consumul substanței) arată că băutul poate fi înlocuit cu alte activități pentru petrecerea timpului.

Obiectivele terapeuților:

- Să evidențieze stresul ca factor favorizant al recăderii;
- Să prezinte tipurile de surse de stres;
- Să faciliteze clienților identificarea surselor personale de stres din viață;
- Să prezinte balanța *Trebuie vs. Doresc* și să faciliteze lucrul cu aceasta;
- Să încurajeze clienții spre identificarea unor surse de satisfacție și plăcere, altele decât consumul substanței;

- Să faciliteze clienților identificarea unor posibile „*dependențe pozitive*”;
- Să prezinte și să explice modul de efectuare a temelor pentru acasă (vezi caietul de lucru);
- Să practice cu grupul un exercițiu de relaxare;
- Să încurajeze clienții în a practica autorelaxarea.

Activități și metode:

- Terapeutul va introduce conceptul de stres și va evidenția stresul ca un factor ce favorizează alunecarea și recăderea.
- Terapeutul va conduce un *brainstorming* pe tema stresului și va nota pe *flipchart* ceea ce au menționat clienții că înțeleg prin stres sau asociază cu conceptul de stres (manifestări fiziologice, gânduri, emoții, comportamente).
- Terapeutul va evidenția principalele tipuri de surse de stres: evenimente majore de viață (traume sau succese); necazuri sau bucurii cotidiene; dezechilibrul între sursele de plăcere și activitățile impuse.
- Terapeutul va prezenta *Balanța Trebuie vs. Doresc* și va facilita realizarea în grup a uneia sau mai multe astfel de balanțe.
- Terapeutul va invita clienții să practice individual realizarea balanței pe o perioadă scurtă (de exemplu, o balanță cu referire la ziua în curs).
- Terapeutul va introduce conceptul de „*Dependențe pozitive*” și va realiza în grup – cu notarea pe *flipchart* – o balanță decizională cu a activitate aleasă de clienți.
- Terapeutul va invita clienții să realizeze câte o balanță individuală cu o activitate plăcută, alta decât consumul substanței.
- Terapeutul va prezenta și explica modul de efectuare a temelor pentru acasă (vezi caietul de lucru) și va verifica înțelegerea acestora;
- Terapeutul și clienții vor practica un exercițiu de relaxare în grup.

Instrucțiuni pentru terapeuți (probleme, sfaturi practice):

- Clarificarea sentimentului de plictiseală: uneori poate fi vorba despre a nu simți mare lucru, a nu avea nici o problemă – un nivel moderat de confort; alteori poate însemna și o furie de intensitate scăzută, care semnalează un disconfort, o problemă. Clienții sunt învățați să-și recunoască emoțiile, să înțeleagă ce le transmit emoțiile și să se folosească de ele, în loc să încerce să „fugă” și să nu le mai simtă. De asemenea, clienții pot fi încurajați să-și caute surse de stimulare (intelectuală, fizică, emoțională), atunci când acestea sunt prea puțin prezente în viața lor. Terapeuții pot alege să lucreze cu clienții la identificarea de strategii de *coping* cu plictiseala sau să meargă mai departe și să realizeze o analiză funcțională urmată de o analiză ABC care să faciliteze confruntarea gândurilor iraționale identificate.

Extrase dintr-un grup:

Brainstorming pe stres:

- acumulare de activități, în general neplăcute;
- oboseală;
- nervozitate;
- enervare;
- acumulare de mici enervări;
- activități rutiniere, obligatorii;
- frustrare;
- a-ți refuza o plăcere;
- abținere.

Strategii de a face față stresului identificate în grup:

- somn, odihnă activă;
- activitate plăcută, citit, muzică, relaxare, sex, râs, plâns;
- plimbări, ski.

CAPITOLUL XVI

ȘEDINȚA RECAPITULATIVĂ

Caroll (1999) sugerează ca terapeuții să anunțe apropierea de încheierea programului de PR cu câteva ședințe înainte: de exemplu, în ședința a noua (din doisprezece în total), terapeutul va anunța grupul „*mai sunt trei ședințe până la încheierea programului*”. Clienții vor avea astfel timp să se pregătească pentru încheierea întâlnirilor în cadrul programului de prevenire a recăderilor, să-și dea seama de ce ar mai avea nevoie pentru consolidarea schimbării și să planuiască în avans (împreună cu terapeutul sau cu managerul de caz) pașii de urmat în continuare.

Ședința recapitulativă este, în principal, un prilej de evaluare finală a atingerii și menținerii obiectivului de către clienți. Terapeutul va aminti pe scurt drumul parcurs (temele ședințelor anterioare, unele dificultăți și modul în care au fost depășite) și va oferi un *feed-back* individualizat care va conține opinia sa asupra evoluției clientului, abilitățile pe care și le-a însușit în cadrul programului și acelea asupra cărora ar merita să se concentreze în a le deprinde în viitor. De asemenea, va facilita exprimarea declarațiilor de auto-eficiență și va îndemna clienții grupului să-și ofere unul altuia felicitări pentru efortul depus și succesul înregistrat.

În plus, în funcție de nevoile exprimate de clienți, ședința recapitulativă poate să conțină (vezi Anexa 2):

- reluarea unor concepte din ședințele anterioare;
- discuții despre experiența clienților în program;
- discuții privind continuarea procesului terapeutic (de exemplu, în cadrul unui grup de suport);
- lămurirea modului de menținere a contactului pentru confirmarea prezenței la ședințele de evaluare.

Se va discuta despre importanța prezenței la ședințele de evaluare care vor fi prilejuri pentru clienți de a-și consolida abilitățile și de a obține sugestii privind unele situații de risc neprevăzute. În acest context, clienții vor fi rugați să identifice situațiile de risc pe care le previzionează în viitor (inclusiv terminarea programului ca situație de risc) și să formuleze strategii de a face față acestora.

Este important ca terapeutul să ia în considerare în această fază dinamica grupului și să încurajeze exprimarea gândurilor și sentimentelor față de încheierea participării la grup.

CAPITOLUL XVII

TEME OPȚIONALE

În funcție de nivelul de intensitate al intervenției (număr de ore și frecvență a ședințelor), programul de PR poate fi completat cu o serie de teme suplimentare. Adăugarea acestora la temele de bază va lua în considerare nevoile și cerințele formulate de client. Se poate decide ca o ședință să se desfășoare cu participarea unuia dintre membrii rețelei de suport a fiecărui client (partenerul, o rudă, un prieten). Printre temele acestor ședințe se pot număra:

- ședință de expunere la stimuli;
- reluarea unei teme anterioare;
- exerciții de centrare, relaxare;
- comportamentul asertiv.

Clienții care ar avea nevoie de intervenții mai prelungite, cu un impact mai profund în restructurarea modului de interacțiune cu mediul social și de rezolvare a problemelor curente de viață, ar putea beneficia de pe urma participării la alte programe de antrenament al abilităților.

- rezolvarea problemelor;
- luarea deciziilor;
- alte abilități sociale.

17.1. EXPUNEREA LA STIMULII ACTIVATORI

Expunerea la stimulii activatori (*cue exposure*) este o intervenție care are la bază teoriile condiționării, în acest caz condiționarea clasică. Diverse elemente din mediu (persoane, obiecte, situații sau locuri) devin, prin asocierea frecventă cu consumul de substanță, stimuli condiționați. Atunci când fostul consumator, acum abstinent, se află în prezența acestor stimuli, el va experimenta o serie de reacții fiziologice și psihologice care vor determina *craving* și, adesea, recăderea. Unul din sloganurile AA recomandă membrilor să evite „*oamenii, locurile și lucrurile*” asociate consumului de substanță.

Evitarea elementelor de mediu care se pot constitui în *trigger*-i ai *craving*-ului stă, în modelul Prevenirii Recăderilor, la baza strategiilor specifice de evitare a situațiilor de mare risc și a strategiilor generale de control a stimulilor (îndepărtarea băuturii/substanței din casă, a seringilor etc).

În plus, au fost create o serie de protocoale care vizează desensitizarea foștilor consumatori la anumiți factori activatori, având în vedere că unii sunt imposibil de eliminat sau evitat (de exemplu, vederea unui pahar de băutură). Cercetările au demonstrat că, într-adevăr, prin expunerea controlată la stimuli activatori, neurmată de consum, reactivitatea generală la acești stimuli scade în intensitate până la extincția răspunsului condiționat (Lowinson, 1997). Cu toate acestea, doar aplicarea tehnicilor de desensitizare nu a fost încununată de succes terapeutic. Un succes mai mare au avut însă programele în care aceste tehnici erau cuplate cu intervenții psihosociale de tip cognitiv-comportamental (de ex., *training*-ul abilităților de *coping*). De aceea, unii terapeuți ar putea include în programul de prevenirea recăderilor una sau mai multe ședințe în care să fie practică desensitizarea la stimulii condiționați. Cu această ocazie, clienții vor putea practica în condiții „experimentale” o serie de strategii învățate până atunci și vor putea verifica informațiile oferite de terapeut despre natura *craving*-ului.

Terapeuții vor trebui să fie atenți la următoarele aspecte:

- alegerea locului ședinței în cadrul întregului program (după ce clienții și-au însușit și început să aplice o serie de strategii de a face față *craving*-ului);
- identificarea tipurilor de stimuli activatori pentru fiecare client în parte;
- oferirea în prealabil de informații complete privind natura intervenției care va fi efectuată și ce se așteaptă de la clienți;

- discutarea importanței participării la această intervenție și a beneficiilor pentru clienți;
- ascultarea cu atenție a părerilor pacienților, a așteptărilor lor pozitive și negative;
- clienții nu vor fi obligați să participe dacă, după discuții și răspunsuri la întrebări, își mențin dorința de a nu lua parte la ședință.

După realizarea tehnicii în sine, o importanță deosebită trebuie acordată discutării diverselor aspecte legate de procesul de expunere, manifestările *craving*-ului, strategiile utilizate și succesul lor în diminuarea stării de disconfort, expectațiilor clienților față de situațiile viitoare de expunere ne-controlată și extragerii declarațiilor de autoeficiență. Terapeutul va da *feed-back* cu privire la comportamentul clienților pe perioada experimentului și va întări comportamentul de *coping*, instituirea cu succes a strategiilor de a face față.

17.2. COMPORTAMENTUL ASERTIV

Comportamentul asertiv constituie o abilitate necesară rezolvării eficiente a conflictelor. Astfel, un individ poate răspunde la situații conflictuale într-unul din următoarele trei moduri:

1. Prin comportament pasiv, evitant, temător și retragere activă.
2. Prin comportament agresiv, generat de un nivel de furie inadecvat (mai mare) în raport cu situația.
3. Prin comportament asertiv, manifestat prin confidență și confruntare directă.

Tabelul 17.1. Definirea comportamentului asertiv include următoarele clarificări

Ce nu e asertivitatea:	Ce e asertivitatea:
- asertivitatea nu înseamnă agresivitate	- asertivitatea înseamnă exprimarea unui nivel adecvat de furie în raport cu situația; - asertivitatea presupune ca ambele persoane aflate în conflict să rămână într-o poziție câștigătoare (relația nu se rupe), - asertivitatea reprezintă abilitatea sau insistența de a-ți apăra drepturile și opiniile, fără a încălca drepturile altora
- asertivitatea nu înseamnă submisivitate	- asertivitatea înseamnă să îți accepți egalitatea în relație (celălalt nu e superior) și să îțiiei în considerare nevoile și sentimentele
- asertivitatea nu e inextricabil legată de atingerea obiectivelor	- asertivitatea presupune a-ți enunța clar obiectivele - asertivitatea e o modalitate eficientă de atingere a obiectivelor; totuși a exprima ceea ce vrei nu înseamnă neapărat că vei și obține
- asertivitatea nu înseamnă manipulare, agresivitatea este o formă de manipulare (a încerca să-l determini pe celălalt să facă ceea ce vrei inducându-i frică)	- asertivitatea înseamnă să enunți clar și ferm ceea ce vrei, respectiv a emite mesaje directe

Persoanele cu probleme adictive au frecvent deficiențe în a se comporta în mod asertiv. Gradul în care o persoană se manifestă asertiv e înalt corelat cu nivelul

stimei de sine și cu măsura în care crede că unele lucruri i se cuvin, iar altele nu. De aceea, dezvoltarea comportamentului asertiv este o intervenție foarte utilă clienților în a atinge și menține schimbările comportamentale pe care și le-au propus, cu atât mai mult cu cât adesea cei din jurul său pot exercita – mai mult sau mai puțin conștient – presiune asupra sa de a reveni la starea anterioară schimbării.

În cadrul intervențiilor de dezvoltare a asertivității, clienții primesc încurajări și suport pentru a-și exprima, folosi și apăra nevoile personale. În acest context, semnificative sunt cele așa-numite *10 Drepturi* corelate cu asertivitatea enumerate de M. J. Smith:

1. Ai dreptul să-ți judeci propriul comportament, gânduri și emoții și să îți asumi responsabilitatea pentru cauzele și consecințele acestora asupra ta însuși/însăți.
2. Ai dreptul să nu oferi nici un motiv sau scuze prin care să îți justifici comportamentul.
3. Ai dreptul să judeci dacă ești responsabil(ă) de a găsi soluții pentru problemele altora.
4. Ai dreptul să te răzgândești.
5. Ai dreptul să faci greșeli și să fii responsabil(ă) pentru ele.
6. Ai dreptul să spui "Nu știu".
7. Ai dreptul să nu le faci pe plac celorlalți.
8. Ai dreptul să fii illogic(ă) în luarea deciziilor.
9. Ai dreptul să spui "Nu înțeleg".
10. Ai dreptul să spui „Nu-mi pasă”.

Antrenamentul comportamentului asertiv ajută clienții:

- să conștientizeze modul în care în mod constant își refuză unele dintre aceste drepturi;
- să învețe să-și ia în considerare sentimentele lor și ale celorlalți;
- să-și accepte aceste drepturi și să le aplice în rezolvarea problemelor/conflictelor;
- să învețe să interacționeze cu alții, fără a aștepta mereu să fie plăcuți de ceilalți.

Cu referire specifică la comportamentul de consum al persoanelor aflate în faza de menținere, antrenamentul asertivității facilitează clienților în special:

- *coping*-ul cu presiunea socială (evitarea SMR care implică presiune socială, refuzul direct al substanței atunci când aceasta le este oferită);

- *coping*-ul cu SMR care implică furie (prin exprimarea adecvată a furiei).

Exercițiile de antrenament al comportamentului asertiv implică:

- a învăța clienții să identifice comportamentelor manipulative personale și ale celor cu care interacționează (comportamentul manipulativ ca opus al celui asertiv: atunci când persoana nu își exprimă direct nevoia/opinia, sperând – adesea inconștient - într-o rezolvare indirectă);
- a învăța clienții să se orienteze spre rezolvarea problemelor și a conflictelor și să-i invite pe cei cu care interacționează (parteneri, familie, prieteni, colegi) să facă același lucru.

Comportamentul asertiv include o serie de **abilități asertive**, care pot fi învățate și adaptate stilului individual de comunicare. Câteva dintre abilitățile asertive sunt prezentate pe scurt în continuare.

- ☐ Tehnica discului stricat
- ☐ A rezista la critica manipulativă
- ☐ Auto-dezvăluirea
- ☐ Criticismul constructiv
- ☐ Limbajul nonverbal concordant cu mesajul verbal

Tehnica discului stricat presupune a a repeta cu obstinație ceea ce vrei, chiar dacă ceilalți încearcă să vă distragă atenția.

Exemplu de aplicare a tehnicii într-o situație de presiune socială:

X: Hai să bem ceva. Am luat salariul și plătesc eu.

Clientul: Nu. Am hotărât să nu mai beau un timp.

X: S-a deschis un nou bar, hai să mergem acolo să bem ceva.

C.: Nu vreau să merg. Nu mai beau și nu-mi place să merg acum în bar.

X: N-am mai ieșit de ceva vreme împreună. Hai să-l sunăm și pe Marius să mergem toți la o bere. O să fie distractiv.

C: Nu. Am hotărât că nu mai beau.

A rezista la critica manipulativă înseamnă a-ți păstra deciziile atunci când ceilalți le critică.

Ex.:

X: Hai să mergem la bere. A trecut o grămadă de timp de când n-ai mai ieșit cu noi.

C: Am hotărât să nu mai beau un timp și îmi este greu să rezist când ies cu voi.

X: Ce-ai măi, iar te-a certat nevasta că mergi la bere?

C.: Nu. Cred că e mai bine pentru mine să o las mai moale o perioadă.

X: Oricum n-o să rezști prea mult. Și ce-i cu prostia asta – e mai bine pentru tine?

C: Asta e hotărârea mea.

Auto-dezvăluirea presupune a-ți declara deschis emoțiile și gândurile.

Continuând exemplul de mai sus, clientul poate răspunde:

C1: Îmi pare rău că spui lucrurile astea despre hotărârea mea. Sunt puțin furios pe tine.

sau

C2: Te rog să nu mai insiști. Îmi este și așa destul de greu să rezist și mi-e teamă că voi ceda. Dacă vrei să mă ajuți, nu mai insista. Hai să vorbim despre altceva.

Criticismul constructiv înseamnă a nu te feri să oferi comentarii constructive, diferite de criticile cu tentă manipulative exemplificate mai sus.

Folosind același exemplu, clientul poate răspunde.

C: Am hotărât să nu mai beau o vreme. Cred că și pe tine te-ar ajuta să faci niște schimbări în privința asta. E decizia ta. Pe mine mă ajută grupul în care merg. Îți spun asta pentru că țin la tine și am observat că ai început să-ți faci tot mai mult rău cu băutura.

Limbajul nonverbal, adecvarea lui la mesajul verbal sunt de importanță deosebită în manifestarea asertivității. Din informația cuprinsă într-un mesaj, cuvintele transmit aproximativ 7%, tonul vocii aproximativ 45%, iar postura aproximativ 48% informație. Așadar, nu doar *ceea ce spune o persoană* contează, ci mai ales *felul în care o spune*.

- elemente care țin de conținutul verbal: mesajul trebuie să fie clar, concis, fără divagații sau explicații inutile.
- elemente care țin de tonul vocii: voce relaxată, fermă, fără prea multe inflexiuni (ezităările, tonul moale al vocii pot indica submisivitate, în timp ce vocea ridicată poate fi semn de agresivitate);
- elemente care țin de mimică și postură: postură relaxată, dreaptă, deschisă, echilibrată, capul drept, privire directă, contact vizual cu interlocutorul (în opoziție, o postură aplecată sugerează submisivitate, în timp ce una rigidă poate exprima agresivitate).

Exercițiile de stimulare a comportamentului asertiv includ frecvent **jocuri de rol**. De exemplu, clienții pot fi încurajați să selecteze din lista de *drepturi* două sau trei afirmații pozitive pe care să le noteze pe cartele. Afirmațiile pot include:

- „Am dreptul să fiu tratat cu respect”.
- „Am dreptul să refuz o cerere.”
- „Am dreptul să mă răzgândesc.”

Ulterior, clienților li se poate cere să ofere un exemplu de situație în care ar fi vrut să fie mai asertivi și să experimenteze cu noile gânduri pozitive – ce simt, ce ar spune, ce ar face diferit în noua situație. Terapeutul oferă suport și încurajează și colegii de grup în a oferi *feed-back* și sprijin.

De asemenea, li se poate cere clienților ca temă pentru acasă completarea unui *jurnal al comportamentului asertiv*: de câte ori cred clienții că au cerut direct ceea ce aveau nevoie, când consideră ei că au cedat și nu și-au exprimat opiniile și nevoile, de câte ori s-au manifestat în mod agresiv față de alții. Informațiile vor fi corelate cu datele din jurnalul curent.

Aceasta facilitează clienților înțelegerea și valorificarea comportamentului asertiv ca pe o unealtă eficientă de atingere/menținere a obiectivelor în general și de *coping* cu SMR în special.

17.3. LUAREA DECIZIILOR

În fiecare moment al existenței noastre luăm decizii. Luarea deciziilor este o componentă esențială a procesului de rezolvare a problemelor cotidiene, de adaptare la realitatea obiectivă și la nevoile subiective. Majoritatea deciziilor sunt aparent banale; unele pot avea însă un impact important pe termen mediu sau lung, așa cum este de exemplu „simpla” decizie de a duce paharul la gură sau nu.

Procesul de luare a deciziilor constituie un factor cheie al abordării comportamentelor adictive în general – ciclul schimbării include un stadiu denumit luarea deciziei – și al prevenirii recăderii, în particular. O premisă de bază a programului de prevenire a recăderilor este considerarea clienților ca persoane active care iau decizii în permanență și nu ca victime pasive ale adicției (clienții tind adesea să-și desconsidere capacitatea de a lua decizii, folosind expresii ca „asta e”, „n-am ce să fac”, „nu pot să rezist”, „nu pot schimba faptul că sunt un alcoolic/drogat” etc.).

Consumatorii aflați în perioada de menținere se confruntă cu necesitatea de a lua în permanență decizii în ceea ce privește comportamentul de consum. Decizia de a cere ajutor specializat sau de a rezista singuri, „doar prin voință”, decizia de a participa sau nu la un program de grup, decizia de stabilire a obiectivului – abținerea sau consum controlat, decizia de a da curs poftelor vs. de a apela la alte strategii de a face față, decizia de a se opri după o alunecare și a cere ajutor sau a o lăsa să se transforme într-o recădere sunt doar câteva dintre cele mai importante decizii pe care le au de luat persoanele în încercarea de schimbare a comportamentului de consum. De aceea, a lua decizii devine o **abilitate cheie** de care depinde procesul de recuperare, abilitate ce poate fi **învățată și/sau dezvoltată spontan sau prin intervenții specializate**.

Unul dintre modelele de abordare a procesului decizional elaborat de Janis și Mann (1977), propune 5 tipuri de stiluri decizionale corelate cu **nivelul de stres asociat** în momentul luării deciziei. Dintre acestea, de importanță deosebită în contextul comportamentelor adictive sunt *stilul hipervigilent*, *stilul evitant* sau *defensiv* și *stilul vigilent* (Wanigaratne et al, 1997).

1. **Stilul hipervigilent** este determinat de tendința de căutare impulsivă a unei soluții rapide care să aducă liniștire promptă. Acest tip de reacție e cel mai bine descrisă prin manifestarea ei extremă – răspunsul tip panică. Nivelul foarte crescut de stres experimentat de o persoană aflată în momentul în care are de luat o decizie antrenează o îngustare a proceselor cognitive, ceea ce determină ignorarea momentană a multora dintre consecințele deciziei. Durata memoriei imediate se reduce, iar numărul alegerilor disponibile individului apare ca fiind foarte limitat. În cazul com-

portamentelor de consum – de exemplu – analiza beneficiilor și efectelor negative pe termen scurt și lung (balanța decizională) tinde să fie desconsiderată în favoarea beneficiilor consumului pe termen scurt.

2. **Stilul evitant** sau **defensiv** denumește tendința individului de a pasa responsabilitatea unui factor extern. Persoana poate apela la mecanismele raționalizării și/sau negării pentru a-și argumenta decizia, ceea ce implică distorsiunea faptelor. De exemplu distorsiunea poate include exagerarea beneficiilor reluării comportamentului de consum și minimalizarea consecințelor negative.

Deciziile aparent irelevante constituie exemple tipice pentru stilul defensiv de luare a deciziilor. Ele reprezintă modele de decizii cu o relevanță aparte în contextul comportamentelor adictive, de aceea au fost abordate într-o secțiune specială.

3. **Stilul vigilant** ar constitui o alternativă la soluțiile maladaptative anterioare. Este caracterizat prin faptul că persoana care ia decizia adună inițial informațiile relevante, cântărește alternativele și alege soluția care se potrivește cel mai bine cu nevoile sale și cu cerințele exterioare. Aceasta poate implica în cazul comportamentului de consum analiza și luarea în considerare a balanței decizionale, utilizarea „cartonașelor de urgență”, utilizarea tehnicilor de auto-monitorizare și folosirea lor ca repere în momentul luării deciziei.

În deciziile asociate cu recăderea apar două categorii de factori care pot antrena creșterea nivelului de stres resimțit de individ:

1. Situațiile stresante sau situațiile de mare risc care împing individul spre luarea unei decizii (să consume sau nu);
2. Conflictul între a se lăsa sau a nu se lăsa în voia consumului determină în sine o amplificare a stresului experimentat de individ.

Pentru îmbunătățirea stilului decizional, clienții pot fi încurajați să generalizeze aplicarea tehnicii balanței decizionale și a strategiilor de auto-monitorizare a emoțiilor și comportamentului. Ca strategie globală, pentru reducerea nivelului de stres și facilitarea procesului decizional, clienții sunt încurajați în a realiza schimbări în stilul de viață.

17.4. REZOLVAREA PROBLEMELOR

Antrenamentul abilităților de rezolvare a problemelor se încadrează în sfera strategiilor specifice de a face față situațiilor (de exemplu, situațiile de risc). Atunci când le lipsesc abilitățile specifice, clienții își pot dezvolta prin învățare și exersare un repertoriu de deprinderi speciale sau tehnici cu ajutorul cărora să facă față situațiilor de (mare) risc și să evite astfel alunecarea și recăderea. Dacă abilitățile există dar sunt inhibitate, clienții pot învăța cum să-și activeze și perfecționeze abilitățile prin exerciții comportamentale specifice.

Mulți dintre consumatori și-au îngustat de-a lungul timpului repertoriul de abilități de a rezolva situații și conflicte la utilizarea substanței ca strategie generalizată de a face față problemelor. Frecvent clienții devin conștienți de existența problemei abia atunci când aceasta se transformă într-o situație de criză.

Rezolvarea eficientă de probleme este o abilitate ce poate fi învățată. Rezolvarea eficientă de probleme înseamnă pe scurt găsirea celei mai bune soluții pentru o problemă dată.

Procesul de rezolvare a problemelor include o serie de pași de parcurgerea cărora depinde succesul final al demersului (vezi tabelul 17.2).

Tabelul 17.2. Etapele rezolvării eficiente a unei probleme

(adaptate după D'Zurilla & Goldfried, 1971, cit. de Wanigaratne et al, 1997)

ETAPELE/PAȘII REZOLVĂRII EFICIENTE A UNEI PROBLEME

1. **Recunoașterea problemei și orientarea generală spre sarcină** – atitudine pozitivă în raport cu sarcina;
2. **Definirea și formularea problemei** în termeni clari și personali; împărțirea ei în subprobleme;
3. **Generarea cât mai multor alternative**; eventual invitarea altora în a oferi soluții noi;
4. **Luarea deciziei** – alegerea soluției optime prin cântărirea avantajelor și dezavantajelor soluțiilor generate;
5. **Implementarea soluției alese**;
6. **Verificarea** (evaluarea) rezultatului prin compararea lui cu rezultatul dorit. Dacă rezultatul nu se potrivește procesul este reinițiat pornind de la etapa 1.

Rezolvarea eficientă de probleme constituie o secțiune în mod special utilă clienților cu stiluri impulsive de abordare a problemelor, care vor fi îndrumați de terapeut să noteze problema și strategia, pentru a nu omite anumiți pași.

Miller et al. (1960) vorbește despre sistemul TOTE (test – operate – test – exit), care operează pe bază de *feed-back*. Persoana identifică problema, testează soluții și alternative de rezolvare (*test*), pe care le aplică (*operate*) și evaluează rezultatul. Dacă rezultatul este satisfăcător la compararea cu rezultatul așteptat (*test*), atunci procesul de rezolvare a problemei este încheiat (ieșirea din sistem – *exit*). Dacă rezultatul este nesatisfăcător, cel care rezolvă problema, reintră în sistem și testează alte soluții; procesul se va repeta până când este găsită o soluție care să ofere un rezultat satisfăcător.

CAPITOLUL XVIII

ȘEDINȚELE DE EVALUARE

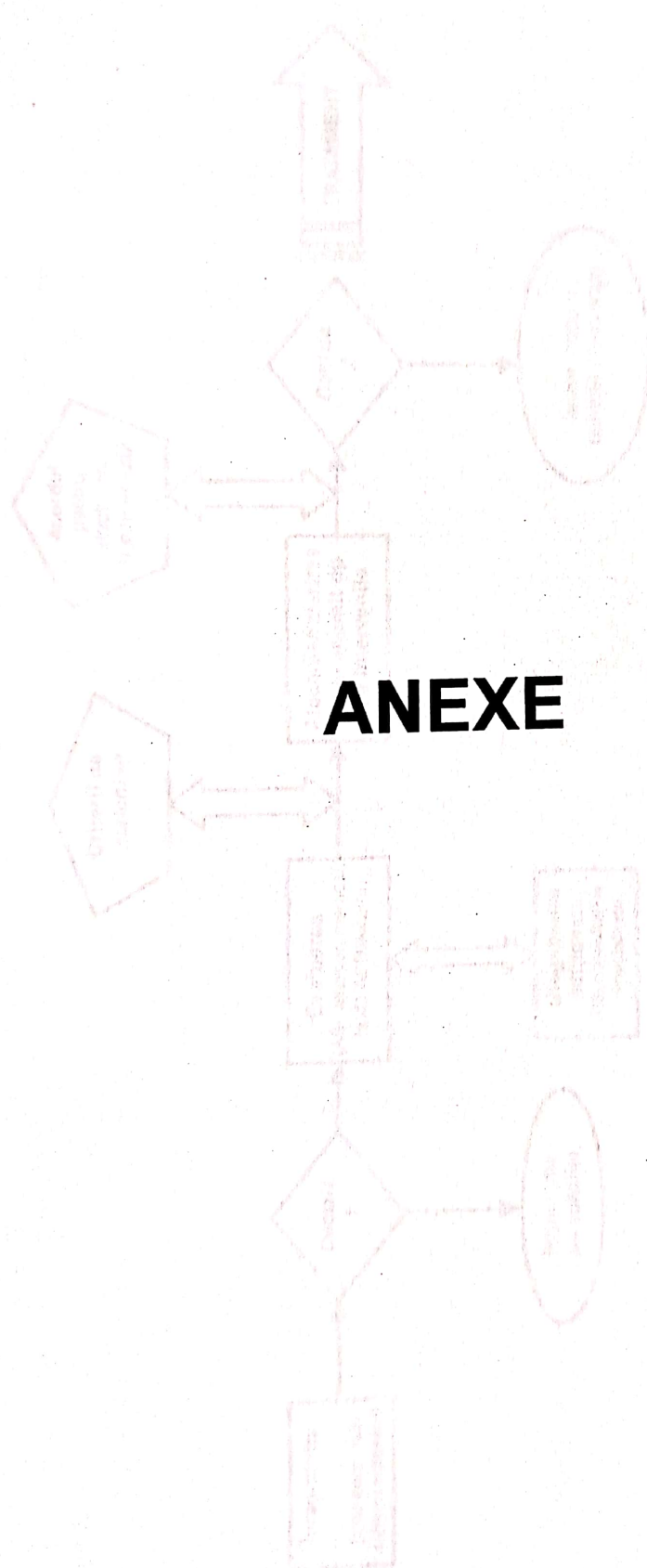
În funcție de resursele și intențiile centrului/terapeutului, se pot face mai multe opțiuni în ceea ce privește ședințele de evaluare:

- ☐ numărul: în general, este recomandat să se facă o evaluare la o lună și la șase luni de la terminarea programului. Dacă însă programul este ținta unor evaluări ale calității sau programul este parte a unei cercetări, aceste ședințe pot fi mai numeroase și structurate în consecință;
- ☐ structura – individual vs. de grup: ședințele de evaluare individuală permit aplicarea unor chestionare de tip ASI care oferă o imagine cuantificată a succesului intervenției. Dacă se preferă ședințele de grup, clienții pot fi rugați să completeze înaintea întâlnirii niște chestionare de autoevaluare.

În cazul consumatorilor problematici de alcool, o evaluare utilă ar putea fi interpretarea analizelor testelor hepatice – îmbunătățirea lor se produce în timp și în condițiile menținerii abstinentei/reducerii semnificative a consumului și se constituie ca o dovadă obiectivă a faptului că eforturile clientului sunt răsplătite.

Indiferent de alegerile făcute, evaluarea menținerii schimbării nu trebuie să fie obiectivul unic al ședințelor de evaluare. Deși *feed-back*-ul pozitiv din partea terapeutului și, eventual, al colegilor de grup privind succesul menținerii la distanță a schimbării are valoare terapeutică, este indicat ca ședința de evaluare să ofere câteva intervenții suplimentare, după modelul ședinței recapitulative (vezi Capitolul XVI). Astfel, ședințele de evaluare se pot constitui în ședințe de tip *booster*, în care efectul intervenției este întărit la distanță.

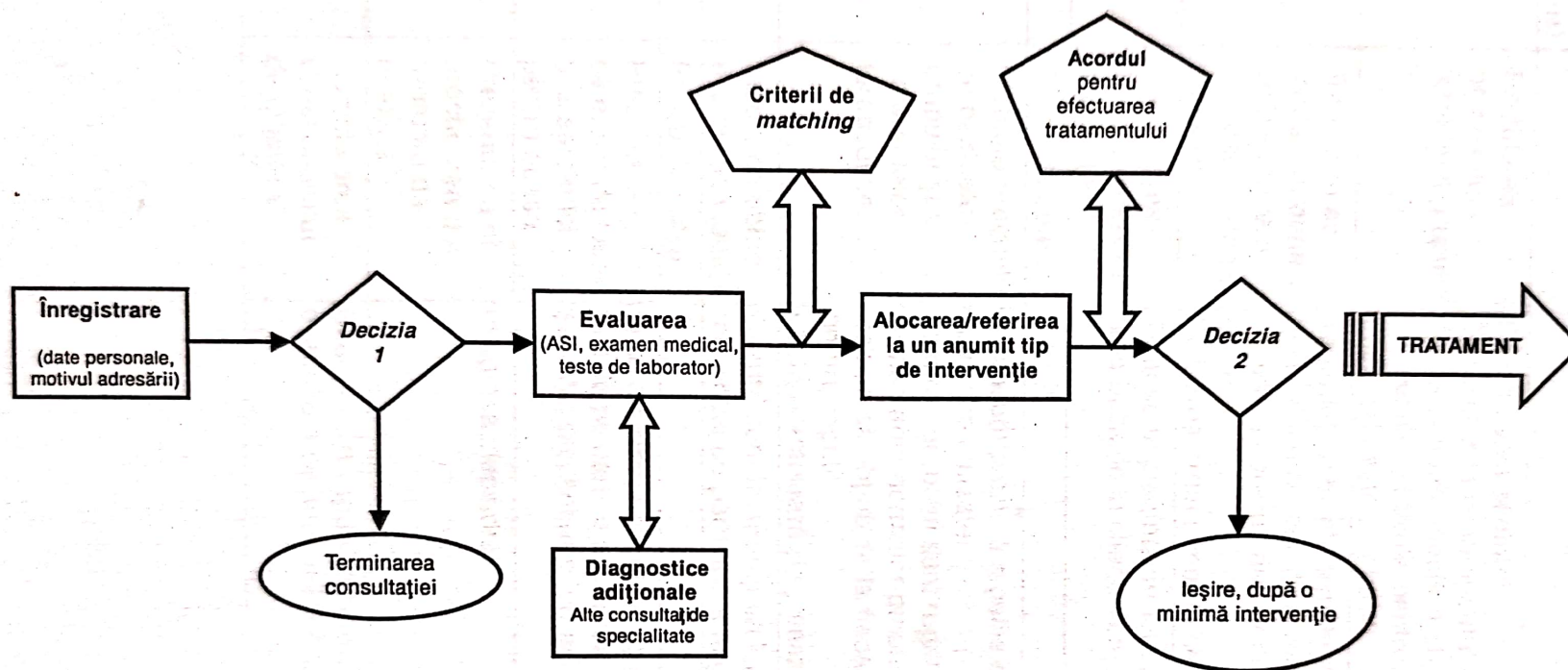
PROCESUL DE EVALUARE, ÎN CURS DE IMPLEMENTARE LA CENTRUL DE ALCOOLOGIE
SUCUREȘTI



ANEXE

ANEXA 1

PROCESUL DE EVALUARE, ÎN CURS DE IMPLEMENTARE LA CENTRUL DE ALCOOLOGIE, BUCUREȘTI



ANEXA 1.

ȘEDINȚA 1 (Înregistrare): maxim 20 de minute. Se culeg date personale, specialistul își formează o impresie generală asupra problemei formulată de client. Demersul poate fi încheiat aici (decizia 1) dacă clientul nu a ajuns în serviciul de care are nevoie sau dacă a venit doar pentru a solicita informații.

ȘEDINȚA 2 (Evaluare): 50-60 de minute. Se aplică ASI. Se pot solicita teste suplimentare.

ȘEDINȚA 3 (Alocarea tratamentului): 30 de minute. Se dă feed-back clientului. Pe baza datelor adunate, specialistul stabilește cursul tratamentului. Se obține acordul clientului și se răspunde la eventualele lui întrebări. O a patra ședință de maxim 30 de minute poate fi programată dacă nu se ajunge la un acord (decizia 2).

ANEXA 2. PROGRAMUL ȘEDINTELOR

PROGRAMUL ȘEDINȚEI INTRODUCTIVE

Timp (minute)	Obiectiv	Activitate/Metode
15	Facilitarea procesului de formare a grupului.	Deschiderea ședinței. Terapeutul și co-terapeutul se prezintă. Terapeutul cere fiecărui client să se prezinte pe scurt și să explice motivele pentru care participă la grup și ce anume dorește să obțină.
20	Transmiterea modelului general de prevenire a recăderilor (teme, metode).	Terapeuții prezintă temele abordate pe parcursul întregului program; <i>brainstorming</i> pentru argumentarea necesității prezentării lor notând pe <i>flipchart</i> punctele cheie. Stabilirea ordinii unor teme.
10	Prezentarea structurii generale a ședințelor.	Terapeutul prezintă structura-tip a ședințelor și cere feed-back de la clienți în legătură cu aceasta.
05	Pauză de cafea.	
35	Stabilirea regulilor de bază ale grupului și a contractelor terapeutice.	Terapeuții prezintă regulile de bază și conceptele specifice utilizate. Membrii grupului sunt rugați să își dea acordul pentru respectarea normelor propuse de terapeuți; terapeuții trebuie să obțină de la fiecare membru în parte acordul pentru reguli! Clienții formulează și agreează alte norme (discuție de grup)
10	Stabilirea obiectivelor individuale.	Clienții sunt încurajați să își stabilească un obiectiv individual de participare la grup.
05	Pauză de cafea.	
15	Prezentarea caietului de lucru și a sarcinilor pentru acasă.	Li se distribuie clienților caietele de lucru și li se explică temele pe care le au de realizat până la următoarea ședință; prezentarea jurnalului.
10	Prezentarea și practicarea unui exercițiu de relaxare.	Imaginea clepsidrei.
5	Completarea chestionarului de evaluare.	Clienții sunt rugați să completeze chestionarele de evaluare a ședinței (vezi Anexa 1).

PROGRAMUL ȘEDINȚEI I.

BALANȚA DECIZIONALĂ. UNITĂȚILE DE CONSUM. STABILIREA OBIECTIVULUI

Timp (minute)	Obiectiv	Activitate/Metode
05	Prezentarea structurii ședinței.	Deschiderea ședinței. Terapeutul prezintă structura ședinței în curs.
05	Să prezinte și să utilizeze o tehnică de centrare a atenției.	Terapeutul facilitează practicarea unei tehnici de centrare a atenției și explică utilitatea ei.
15	<i>Feed-back</i> despre atingerea/menținerea obiectivului în săptămâna anterioară.	Terapeutul conduce o discuție de grup pe tema atingerii obiectivelor de consum ale clienților, invitând fiecare client să ofere un scurt <i>feed-back</i> .
05	Introducerea și prezentarea balanței decizionale.	Terapeutul prezintă balanța decizională, explică modul de realizare și utilitatea ei.
40	Realizarea unei balanțe decizionale a grupului privind consumul de alcool.	Terapeutul conduce un exercițiu <i>brainstorm</i> pe tema efectelor pozitive și negative ale consumului de alcool, notând pe <i>flipchart</i> toate mențiunile clienților.
05	Pauză de cafea.	
15	Prezentarea pragului de consum periculos. Măsurarea consumului în unități standard.	Terapeutul prezintă pragul de consum periculos conform O.M.S. și invită clienții să exerseze cu măsurarea consumului în unități (pentru alcool).
10	Stabilirea obiectivelor individuale în unități.	Terapeutul cere clienților să își stabilească un obiectiv individual de consum în termeni de unități/pe o anumită perioadă de timp.
05	Pauză de cafea.	
05	Prezentarea și explicarea a sarcinilor pentru acasă.	Terapeutul le explică clienților temele pe care le au de realizat până la următoarea ședință: 1. Stabilirea obiectivului în termeni de unități pentru clienții care nu și-au stabilit în timpul ședinței obiectivul. 2. Realizarea balanței decizionale personale.
10	Practicarea unui exercițiu de relaxare.	Respirația controlată.
05	Completarea chestionarului de evaluare.	Clienții sunt rugați să completeze chestionarele de evaluare a ședinței.

PROGRAMUL ȘEDINȚEI II.

SITUAȚIILE DE RISC. ALUNECARE VS. RECĂDERE. PLANUL DE URGENȚĂ

Timp (minute)	Obiectiv	Activitate/Metode
05	Prezentarea structurii ședinței.	Deschiderea ședinței. Terapeutul prezintă structura și subiectele ședinței în curs.
05	Practicarea unei tehnici de centrare a atenției.	Terapeutul facilitează practicarea unei tehnici de centrare a atenției.
15	<i>Feed-back</i> despre atingerea/menținerea obiectivului în săptămâna anterioară și despre teme pentru acasă.	Terapeutul conduce o discuție de grup pe tema atingerii obiectivelor de consum ale clienților și a efectuării temelor pentru acasă, invitând fiecare client să ofere un scurt <i>feed-back</i> .
10	Prezentarea temei și argumentarea importanței ei.	Terapeutul facilitează o discuție de grup pe tema importanței abordării temei situațiilor de risc, cu notarea pe <i>flipchart</i> a punctelor cheie din observațiile clienților.
15	Identificarea situațiilor de mare risc personale.	Terapeutul invită clienții să vorbească despre experiența lor personală în ceea ce privește situațiile de risc (în care au alunecat/recăzut sau au făcut altceva).
05	Pauză de cafea	
05	Alunecare vs. recădere.	Terapeutul prezintă diferența între o alunecare și o recădere.
10	Prezentarea categoriilor de situații de risc.	Terapeutul prezintă principalele categorii de situații de risc: emoții negative, conflicte interpersonale, presiune socială, emoții pozitive, nevoia de autopremiere și explică pe rând conceptele.
10	Prezentarea pașilor generali ai strategiei de <i>coping</i> .	Terapeutul prezintă conceptul de <i>coping</i> : a recunoaște, a evita, a se confrunta sau a face propriu-zis față.
10	Strategii de <i>coping</i> cu SR.	Terapeutul invită clienții la un exercițiu de <i>brainstorming</i> pe tema strategiilor posibile de a face față unor situații de risc (a celor personale identificate), cu notarea pe <i>flipchart</i> a modalităților menționate de clienți.
05	Pauză de cafea	
20	Experimentarea strategiilor de <i>coping</i> cu SR.	Terapeutul poate invita un client să experimenteze noua strategie identificată într-un joc de rol care recrează situația de risc personală și solicită la sfârșit clientului să raporteze cum se simte, ce gândește și ce ar face diferit în noua situație.
05	Prezentarea și explicarea sarcinilor pentru acasă.	Terapeutul le explică clienților temele pe care le au de realizat până la următoarea ședință: 1. Completarea tabelului SR (vezi caietul de lucru). 2. Alcătuirea planului personal de urgență pe baza indicațiilor din grup;
05	Practicarea unui exercițiu de relaxare.	Imaginea clepsidrei.
05	Completarea chestionarului de evaluare.	Clienții sunt rugați să completeze chestionarele de evaluare a ședinței.

PROGRAMUL ȘEDINȚEI III.

ANALIZA FUNCȚIONALĂ ȘI ANALIZA ABC („fotografia situației”). FURIA. A FACE FAȚĂ FURIEI

Timp (minute)	Obiectiv	Activitate/Metode
05	Prezentarea structurii ședinței.	Deschiderea ședinței. Terapeutul prezintă structura și subiectele ședinței în curs.
05	Practicarea unei tehnici de centrare a atenției.	Terapeutul facilitează practicarea unei tehnici de centrare a atenției.
10	<i>Feed-back</i> despre atingerea/menținerea obiectivului în săptămâna anterioară și despre efectuarea sarcinilor pentru acasă.	Terapeutul conduce o discuție de grup pe tema atingerii obiectivelor de consum ale clienților și a realizării temelor, invitând fiecare client să ofere un scurt <i>feed-back</i> .
25	Introducerea conceptului „Fotografia Situației” și explicarea lui.	Terapeutul prezintă modul de realizare a analizei funcționale și explică utilitatea acesteia. Terapeutul realizează o analiză funcțională a unei situații prezentate în grup.
05	Pauză de cafea.	Terapeutul invită clienții să vorbească despre experiența
10	Introducerea temei „furie”.	lor cu furia (ce înțeleg prin furie, care sunt manifestările furiei), notând pe <i>flipchart</i> observațiile clienților.
15	Descrierea mecanismului furiei. Furia ca emoție care ajută la împlinirea nevoilor. Legătura dintre furie și consumul de alcool.	Terapeutul vorbește despre mecanismul furiei. Terapeutul clarifică diferența între furie – violență. Terapeutul vorbește despre modul în care exprimarea adecvată a furiei ajută la rezolvarea problemelor, iar acumularea furiei poate conduce la o situație de risc, la alunecare și chiar recădere.
20	Analiză funcțională pe o situație de furie. Confruntarea gândurilor iraționale legate de furie.	Terapeutul invită un client din grup să lucreze pe o situație în care furia a condus la o situație de risc. Terapeutul realizează o analiză ABC și confruntă gândurile iraționale legate de furie. Terapeutul încurajează clientul să formuleze un nou gând rațional, ca alternativă la credința irațională legată de furie și să experimenteze cu noul gând.
05	Pauză de cafea.	
15	Strategii de a face față furiei.	Terapeutul va invita clienții să vorbească despre strategiile care au funcționat în trecut și să facă un <i>brainstorming</i> pentru obținerea altor strategii posibile de a face față furiei pe care să le noteze pe <i>flipchart</i> . Terapeutul prezintă alte strategii de a face față furiei.
05	Prezentarea și explicarea a sarcinilor pentru acasă.	Terapeutul le explică clienților temele pe care le au de realizat până la următoarea ședință (realizarea unei fotografii a unei situații de risc personale).
05	Practicarea unui exercițiu de relaxare.	Imaginea clepsidrei.
05	Completarea chestionarului de evaluare.	Clienții sunt rugați să completeze chestionarele de evaluare a ședinței.

PROGRAMUL ȘEDINȚEI IV. DEPRESIA. A FACE FAȚĂ DEPRESIEI

Timp (minute)	Obiectiv	Activitate/Metode
05	Prezentarea structurii ședinței.	Deschiderea ședinței. Terapeutul prezintă structura și subiectele ședinței în curs.
05	Practicarea unei tehnici de centrare a atenției.	Terapeutul facilitează practicarea unei tehnici de centrare a atenției.
10	<i>Feed-back</i> despre atingerea/menținerea obiectivului în săptămâna anterioară.	Terapeutul conduce o discuție de grup pe tema atingerii obiectivelor de consum ale clienților și a sarcinilor pentru acasă, invitând fiecare client să ofere un scurt <i>feed-back</i> .
15	Introducerea temei „depresia”.	Terapeutul invită clienții să vorbească despre experiența lor cu tristețea/depresia (ce înțeleg prin depresie, care sunt manifestările ei) și notează pe <i>flipchart</i> observațiile clienților (separând gândurile de emoții și manifestări fiziologice).
15	Tristețea ca emoție care facilitează adaptarea la o pierdere. Descrierea mecanismului depresiei. Legătura dintre depresie și consumul de alcool.	Terapeutul clarifică diferența între tristețe – depresie și vorbește despre mecanismul depresiei. Terapeutul vorbește despre modul în care exprimarea adecvată a tristeții ajută la depășirea unei pierderi, în timp ce neexprimarea ei și acumularea furiei, a tristeții și a sentimentelor de vină pot conduce la depresie. Terapeutul invită clienții la o discuție de grup pe tema depresiei ca situație de risc, care poate conduce la alune-care și recădere. Terapeutul oferă informații despre legătura dintre depresie și consumul de alcool.
05	Pauză de cafea.	
30	Analiză funcțională pe o situație de tristețe/depresie. Confruntarea gândurilor iraționale legate de tristețe.	Terapeutul invită un client din grup să lucreze pe o situație în care tristețea/depresia a condus la o situație de risc. Terapeutul realizează o analiză ABC și confruntă gândurile iraționale legate de tristețe. Terapeutul încurajează clientul să formuleze un nou gând rațional, ca alternativă la credința irațională legată de tristețe și să experimenteze cu noul gând (joc de rol).
05	Pauză de cafea.	
15	Strategii de a face față tristeții/depresiei.	Terapeutul va invita clienții să vorbească despre strategiile care au funcționat în trecut și să facă un <i>brainstorming</i> pentru obținerea altor strategii posibile de a face față tristeții/depresiei pe care să le noteze pe <i>flipchart</i> . Terapeutul prezintă alte strategii de a face față tristeții/depresiei.
05	Prezentarea și explicarea a sarcinilor pentru acasă.	Terapeutul le explică clienților temele pe care le au de realizat până la următoarea ședință: 1. Realizarea unei fotografii a unei situații de risc personale; 2. Formularea altor gânduri pozitive raționale și notarea lor (vezi caietul de lucru).
05	Exercițiul de relaxare.	Imaginea clepsidrei.
05	Completarea chestionarului de evaluare.	Clienții sunt rugați să completeze chestionarele de evaluare a ședinței.

PROGRAMUL ȘEDINȚEI V. ANXIETATEA. A FACE FAȚĂ ANXIETĂȚII

Timp (minute)	Obiectiv	Activitate/Metode
05	Prezentarea structurii ședinței.	Deschiderea ședinței. Terapeutul prezintă structura și subiectele ședinței în curs.
05	Practicarea unei tehnici de centrare a atenției.	Terapeutul facilitează practicarea unei tehnici de centrare a atenției.
10	<i>Feed-back</i> despre atingerea/menținerea obiectivului în săptămâna anterioară și despre temele efectuate	Terapeutul conduce o discuție de grup pe tema atingerii obiectivelor de consum ale clienților și a sarcinilor pentru acasă, invitând fiecare client să ofere un scurt <i>feed-back</i> .
20	Introducerea temei „anxietatea”.	Terapeutul invită clienții să vorbească despre experiența lor cu anxietatea (ce înțeleg prin anxietate, care sunt manifestările ei (în plan fiziologic, cognitiv, afectiv). Terapeutul notează pe <i>flipchart</i> manifestările anxietății, împărțindu-le în cele 3 componente.
15	Frica – emoție care facilitează adaptarea la un posibil pericol (mecanismul luptă-fugă-foarte scurt). Legătura dintre anxietate și consumul de alcool. Panica.	Terapeutul vorbește despre mecanismul fricii și anxietății. Terapeutul vorbește despre frică – emoție pozitivă. Terapeutul invită clienții la o discuție de grup pe tema anxietății ca situație de risc, care poate conduce la alunecare și recădere. Terapeutul oferă informații despre legătura dintre anxietate și consumul de alcool. Terapeutul oferă informații despre panică.
05	Pauză de cafea.	
20	Analiză funcțională pe o situație de frică. Confruntarea gândurilor iraționale legate de frică.	Terapeutul invită un client din grup să lucreze pe o situație în care frica/panica a condus la o situație de risc. Terapeutul realizează o analiză ABC și confruntă gândurile iraționale legate de frică. Terapeutul încurajează clientul să formuleze un nou gând rațional, ca alternativă la credința irațională legată de frică și să experimenteze cu noul gând.
05 15	Pauză de cafea. Strategii de a face față fricii/anxietății.	Terapeutul va invita clienții să vorbească despre strategiile care au funcționat în trecut și să facă un <i>brainstorming</i> pentru obținerea altor strategii posibile de a face față fricii/anxietății, pe care să le noteze pe <i>flipchart</i> . Terapeutul prezintă alte strategii de a face față fricii/anxietății/panicii.
05	Prezentarea și explicarea sarcinilor pentru acasă.	Terapeutul le explică clienților temele pe care le au de realizat până la următoarea ședință: 1. Realizarea unei fotografii a unei situații de risc personale; 2. Completarea chestionarului de evaluare intermediară.
05	Practicarea unui exercițiu de relaxare.	Respirația controlată.
05	Completarea chestionarului de evaluare.	Clienții sunt rugați să completeze chestionarele de evaluare a ședinței.

PROGRAMUL ȘEDINȚEI VI. CRAVING-UL. A FACE FAȚĂ CRAVING-ULUI

Timp (minute)	Obiectiv	Activitate/Metode
05	Prezentarea structurii ședinței.	Deschiderea ședinței. Terapeutul prezintă structura și subiectele ședinței în curs.
05	Practicarea unei tehnici de centrare a atenției.	Terapeutul facilitează practicarea unei tehnici de centrare a atenției.
15	<i>Feed-back</i> despre atingerea/menținerea obiectivului de participare la grup (pe baza chestionarelor de evaluare intermediară).	Terapeutul conduce o discuție de grup, invitând fiecare client să ofere un scurt <i>feed-back</i> despre: - atingerea/menținerea obiectivului de consum - efectuarea sarcinilor pentru acasă - a fost clientul în SR; dacă da, ce a făcut
20	Introducerea termenului „ <i>craving</i> ” sau poftă/ nevoie de a consuma.	Terapeutul va invita clienții să vorbească despre experiența lor în ceea ce privește pofta/nevoia de consum (gânduri, emoții, senzații fiziologice, comportamente). Terapeutul va nota pe <i>flipchart</i> cuvintele cheie din declarațiile clienților. În funcție de credințele exprimate de clienți, terapeutul va furniza informații relevante menite să corecteze percepțiile eronate cu privire la <i>craving</i> .
05	Pauză de cafea.	
10	Factorii declanșatori ai <i>craving</i> -ului.	Terapeutul va facilita o discuție pe tema factorilor declanșatori ai <i>craving</i> -ului, cu notarea pe <i>flipchart</i> a celor exprimate de membrii grupului.
10	Jurnalul de <i>craving</i> .	Terapeutul va vorbi despre importanța automonitorizării și va prezenta jurnalul de <i>craving</i> .
25	Analize funcționale cu situații de <i>craving</i> .	Terapeutul va invita unul sau mai mulți clienți să lucreze împreună asupra unei situații personale în care <i>craving</i> -ul a condus la consum și asupra unei situații în care – deși au avut un <i>craving</i> – clienții au făcut altceva în loc de a consuma.
05	Pauză de cafea.	
15	Strategii de <i>coping</i> cu un <i>craving</i> .	Terapeutul va invita clienții la un exercițiu tip <i>brainstorming</i> pe tema strategiilor posibile de a face față <i>craving</i> -ului, cu notarea pe <i>flipchart</i> a ideilor exprimate de clienți. Terapeutul va prezenta alte strategii care ar putea fi folosite pentru a face față unui <i>craving</i> .
05	Prezentarea și explicarea sarcinilor pentru acasă.	Terapeutul le explică clienților temele pe care le au de realizat până la următoarea ședință: 1. Realizarea unei fotografii a unei situații de risc; 2. Realizarea cartonașului cu indicații pentru a face față <i>craving</i>-ului (vezi caietul de lucru). 3. Completarea jurnalului de <i>craving</i>.
05	Practicarea unui exercițiu de relaxare.	Respirația controlată.
05	Completarea chestionarului de evaluare.	Clienții sunt rugați să completeze chestionarele de evaluare a ședinței.

PROGRAMUL ȘEDINȚEI VII.

PRESIUNEA SOCIALĂ. A FACE FAȚĂ PRESIUNII SOCIALE

Timp (minute)	Obiectiv	Activitate/Metode
05	Prezentarea structurii ședinței.	Deschiderea ședinței. Terapeutul prezintă structura și subiectele ședinței în curs.
05	Practicarea unei tehnici de centrare a atenției.	Terapeutul facilitează practicarea unei tehnici de centrare a atenției.
10	<i>Feed-back</i> despre atingerea/menținerea obiectivului în săptămâna anterioară.	Terapeutul conduce o discuție de grup, invitând fiecare client să ofere un scurt <i>feed-back</i> despre: - atingerea/menținerea obiectivului de consum - efectuarea sarcinilor pentru acasă - a fost clientul în SR; dacă da, ce a făcut
15	Introducerea termenului „presiune socială” sau presiune a grupului. Presiunea socială ca SR.	Terapeutul va invita clienții să vorbească despre experiența lor în ceea ce privește consumul în grup, notând pe <i>flipchart</i> cuvintele cheie din ceea ce au raportat clienții. Terapeutul invită clienții să vorbească despre experiența lor în ceea ce privește experiențele de alunecare sub presiunea altor persoane. Terapeutul vorbește despre presiunea socială ca SR.
30	Analiză funcțională a unei situații de presiune socială.	Terapeutul invită doi clienți (pe rând) să lucreze împreună o analiză funcțională a unei situații personale de risc generată de presiunea grupului (care a condus sau nu la o alunecare/recădere).
05	Pauză de cafea.	
25	Strategii de <i>coping</i> cu presiunea socială.	Terapeutul invită clienții la un exercițiu de <i>brainstorming</i> pe tema strategiilor posibile de a face față presiunii sociale. Terapeutul prezintă alte strategii de <i>coping</i> cu presiunea socială. Terapeutul invită clienții să-și elaboreze propriile strategii de a face față presiunii grupului (cel puțin două strategii pentru fiecare client).
15	Experimentarea unei noi strategii de <i>coping</i> cu presiunea socială.	Terapeutul va invita clienții să experimenteze noile strategii eventual în cadrul unui joc de rol care recreează situația analizată și să raporteze ce gândesc, ce simt și ce cred că ar face diferit în noua situație.
05	Pauză de cafea.	
05	Prezentarea și explicarea sarcinilor pentru acasă.	Terapeutul le explică clienților temele pe care le au de realizat până la următoarea ședință: 1. Realizarea unei fotografii a unei situații. 2. Formularea și notarea strategiei personale de a face față presiunii sociale.
05	Practicarea unui exercițiu de relaxare.	Respirația controlată.
05	Completarea chestionarului de evaluare.	Clienții sunt rugați să completeze chestionarele de evaluare a ședinței.

PROGRAMUL ȘEDINȚEI VIII. CAPCANELE PSIHOLOGICE. ERORILE DE GÂNDIRE

Timp (minute)	Obiectiv	Activitate/Metode
05	Prezentarea structurii ședinței.	Deschiderea ședinței. Terapeutul prezintă structura și subiectele ședinței în curs.
05	Practicarea unei tehnici de centrare a atenției.	Terapeutul facilitează practicarea unei tehnici de centrare a atenției.
10	<i>Feed-back</i> despre atingerea/menținerea obiectivului în săptămâna anterioară.	Terapeutul conduce o discuție de grup, invitând fiecare client să ofere un scurt <i>feed-back</i> despre: - atingerea/menținerea obiectivului de consum - efectuarea sarcinilor pentru acasă - a fost clientul în SR; dacă da, ce a făcut
30	Introducerea conceptului de „capcană psihologică” sau „montaj al SR”.	Terapeutul va prezenta conceptul de capcană psihologică sau montaj al situației de risc. Terapeutul va invita clienții să vorbească despre experiența lor în ceea ce privește capcanele sau montarea situațiilor de risc. Terapeutul prezintă tipurile de capcane psihologice.
05	Pauză de cafea.	
35	Descrierea secvențială a unui montaj. Analiză funcțională a SR înscenate.	Terapeutul va facilita realizarea unei descrieri secvențiale a unei SR înscenate și va realiza o AF a SR. Terapeutul va identifica erorile și capcanele de gândire care au determinat înscenarea SR. Terapeutul va confrunța erorile de gândire și va facilita formularea unor gânduri raționale alternative.
20	Revizuirea planului de urgență în caz de alunecare. Formularea unor noi gânduri pozitive.	Terapeutul va facilita elaborarea de către clienți a unor strategii personalizate de evitare a capcanelor. Terapeutul va invita clienții să revadă planul de urgență pentru alunecare și să formuleze noi gânduri pozitive care i-ar putea ajuta să prevină transformarea unei alunecări într-o recădere.
05	Pauză de cafea.	
05	Prezentarea și explicarea sarcinilor pentru acasă.	Terapeutul le explică clienților temele pe care le au de realizat până la următoarea ședință: 1. Identificarea a trei situații de înscenare a unei SR; 2. Formularea unor alte gânduri pozitive și notarea lor în tabel (vezi caietul de lucru).
05	Practicarea unui exercițiu de relaxare.	Respirația controlată.
05	Completarea chestionarului de evaluare.	Clienții sunt rugați să completeze chestionarele de evaluare a ședinței.

PROGRAMUL ȘEDINȚEI IX. STILUL DE VIAȚĂ. STRESUL. DEPENDENȚELE POZITIVE

Timp (minute)	Obiectiv	Activitate/Metode
05	Prezentarea structurii ședinței.	Deschiderea ședinței. Terapeutul prezintă structura și subiectele ședinței în curs.
05	Practicarea unei tehnici de centrare a atenției.	Terapeutul facilitează practicarea unei tehnici de centrare a atenției.
10	<i>Feed-back</i> despre atingerea/menținerea obiectivului în săptămâna anterioară.	Terapeutul conduce o discuție de grup, invitând fiecare client să ofere un scurt <i>feed-back</i> despre: - atingerea/menținerea obiectivului de consum - efectuarea sarcinilor pentru acasă - a fost clientul în SR; dacă da, ce a făcut
30	Stresul ca factor favorizant al recăderii. Tipurile de surse de stres. Identificarea surselor personale de stres din viață.	Terapeutul va introduce conceptul de stres. Terapeutul va conduce un <i>brainstorming</i> pe tema stresului și va nota pe <i>flipchart</i> ceea ce au menționat clienții că înțeleg prin stres sau asociază cu conceptul de stres (manifestări fiziologice, gânduri, emoții, comportamente). Terapeutul va evidenția stresul ca un factor ce favorizează alunecarea și recăderea. Terapeutul va evidenția principalele tipuri de surse de stres: evenimente majore de viață (traume sau succese); necazuri sau bucurii cotidiene; dezechilibrul între sursele de plăcere și activitățile impuse.
05	Principiile stilului de viață echilibrat	Terapeutul vorbește despre stilul de viață echilibrat – echilibrul plăceri și datorii.
05	Pauză de cafea.	
20	Balanța Trebuie vs. Doresc	Terapeutul va prezenta Balanța Trebuie vs. Doresc și va facilita realizarea în grup a unei astfel de balanțe. Terapeutul va invita clienții să practice individual realizarea balanței pe o perioadă scurtă (de exemplu, o balanță cu referire la ziua în curs).
30	Identificarea unor surse de satisfacție și plăcere, altele decât consumul substanței. Conceptul de „dependență pozitivă”. Identificarea unor posibile „dependențe pozitive”.	Terapeutul va invita clienții să realizeze câte o balanță individuală cu o activitate plăcută, alta decât consumul substanței. Terapeutul va introduce conceptul de „dependențe pozitive”. Terapeutul va realiza în grup – cu notarea pe <i>flipchart</i> – o balanță decizională cu o activitate plăcută aleasă în grup de clienți.
05	Pauză de cafea.	
05	Prezentarea și explicarea sarcinilor pentru acasă.	Terapeutul le explică clienților temele pe care le au de realizat până la următoarea ședință: 1. Realizarea jurnalului (balanței) Trebuie vs. Doresc; 2. Realizarea unei balanțe decizionale cu o activitate plăcută.
05	Practicarea unui exercițiu de relaxare.	Imaginea clepsidrei.
05	Completarea chestionarului de evaluare.	Clienții sunt rugați să completeze chestionarele de evaluare a ședinței.

PROGRAMUL ȘEDINȚEI RECAPITULATIVE

Timp (minute)	Obiectiv	Activitate/Metode
05	Prezentarea structurii ședinței.	Deschiderea ședinței. Terapeutul prezintă structura și subiectele ședinței în curs.
05	Practicarea unei tehnici de centrare a atenției.	Terapeutul facilitează practicarea unei tehnici de centrare a atenției.
10	<i>Feed-back</i> despre atingerea/menținerea obiectivului în săptămâna anterioară.	Terapeutul conduce o discuție de grup, invitând fiecare client să ofere un scurt <i>feed-back</i> despre: - atingerea/menținerea obiectivului de consum - realizarea jurnalului; - s-a aflat clientul în SMR; dacă da, ce a făcut
35	Reluarea conceptelor.	Terapeutul recapitulează conceptele prezentate. Terapeutul clarifică unde clienții au nelămuriri. Terapeutul invită clienții la o discuție de grup pe tema subiectelor abordate (ce a lipsit, ce nu a fost suficient, ce a fost în plus etc.), notând pe <i>flipchart</i> ceea ce raportează clienții.
10	Pauză de cafea.	
30	Oferirea de <i>feed-back</i> clienților.	Terapeutul va oferi opinia sa asupra evoluției clienților (individual), asupra abilităților pe care și le-a însușit în cadrul programului și asupra acelor asupra cărora ar merita să se concentreze în a le deprinde în viitor
05	Pauză de cafea.	
15	Anticiparea SMR viitoare. Prezentarea și explicarea sarcinilor pentru acasă.	Terapeutul invită clienții să identifice SMR pe care le anticipă în viitor și să formuleze strategii de a face față acestora. Terapeutul le explică clienților temele pe care le au de realizat până la următoarea ședință (de evaluare) – vezi și caietul de lucru: 1. Completarea jurnalului. 2. Completarea chestionarelor de evaluare finală.
05	Practicarea unui exercițiu de relaxare.	Respirația controlată.
05	Închiderea ședinței. Completarea chestionarului de evaluare.	Clienții sunt rugați să completeze chestionarele de evaluare a ședinței.

PROGRAMUL ȘEDINȚEI DE EVALUARE I

Timp (minute)	Obiectiv	Activitate/Metode
05	Prezentarea structurii ședinței.	Deschiderea ședinței. Terapeutul prezintă structura și subiectele ședinței în curs.
05	Practicarea unei tehnici de centrare a atenției.	Terapeutul facilitează practicarea unei tehnici de centrare a atenției.
30	<i>Feed-back</i> despre atingerea/menținerea obiectivului în perioada anterioară. Discutarea chestionarelor de evaluare finală.	Terapeutul conduce o discuție de grup, invitând fiecare client să ofere un scurt <i>feed-back</i> despre: - atingerea/menținerea obiectivului de consum - realizarea jurnalului; - a fost clientul în SMR; dacă da, ce a făcut
05	Pauză de cafea.	
10	Stabilirea întâlnirii următoare și a temelor de realizat.	Terapeutul invită clienții la stabilirea datelor pentru ședința următoare și precizează temele pentru acasă.
05	Practicarea unui exercițiu de relaxare.	Imaginea clepsidrei.
10	Închiderea ședinței.	

ANEXA 3.

EXERCIIII DE CENTRARE ȘI RELAXARE

EXERCIIIU DE CENTRARE

- Lipiți-vă tălpile de podea, îndreptați-vă postura și închideți ochii.
- Inspirați adânc pe nări și expirați încet pe gură.
- Inspirați adânc, țineți-vă pentru un moment respirația, expirați încet, mențineți.
- Repetați. Inspirați. Simțiți cum vi se umple plămânii cu aer. Mențineți respirația. Expirați. Mențineți.
- Inspirați. Mențineți. Expirați. Mențineți.
- Încetiniți ușor ritmul respirației până când ajungeți la un ritm regulat.
- Observați gândurile care vă vin în minte.
- Întrebați-vă dacă simțiți tensiune în vreo parte a corpului.
- Lăsați tensiunea să părăsească corpul.
- Când vă simțiți relaxat, deschideți ochii și reveniți încet în încăpere.

METODA DE RELAXARE BETTY ERICKSON

- Focalizează fără a face un efort prea mare trei obiecte diferite. Închide apoi ochii.
- Fii atent în același timp la trei sunete diferite din preajma ta.
- Identifică trei senzații diferite.
- Acum deschide ochii și focalizează fără prea mare efort două obiecte. Închide apoi ochii.
- Fii atent în același timp la două sunete diferite din preajma ta.
- Identifică două senzații diferite.
- Acum deschide ochii și concentrează-te fără prea mare efort asupra unui singur obiect. Închide ochii.
- Concentrează-te asupra unui sunet.
- Identifică o senzație.
- Rămâi liniștit câteva momente.
- Când vei dori să termini exercițiul, deschide încet ochii, fă mișcări ușoare, progresive; revino treptat la perceperea lucrurilor din jur.
- Te vei simți calm, reconfortat, relaxat și treaz.

EXERCIȚIUL DE RELAXARE IMAGINEA CLEPSIDREI

- Închide ochii și începe prin a inspira adânc, menține respirația, apoi expiră încet. Încă o dată, inspiră adânc, menține respirația, expiră ușor. De acum înainte, pe tot parcursul exercițiului, menține un ritm egal al respirației.
- Imaginează-ți că trupul îți este în întregime umplut cu nisip fin, moale și că la degetele de la mâini și picioare sunt niște mici găurele. Nisipul se scurge încet din trup prin degetele de la mâini și picioare. Simți cum nisipul se scurge ușor și, pe măsură ce părăsește trupul, acesta devine tot mai greu și mai nemișcat.
- Lasă capul să cadă înainte, pe măsură ce nisipul îți părăsește corpul. Pe măsură ce nivelul nisipului coboară, brațele și abdomenul devin tot mai grele și greu de mișcat. Te cufunzi tot mai mult în scaun.
- Simți cum nisipul se scurge încet din picioare și, odată cu el, picioarele devin mai relaxate și mai greu de mișcat.
- Odată cu ultimele fire de nisip care se scurg prin degetele de la picioare, îți vei simți corpul relaxat, confortabil și greu.
- Continuă să ții ochii închiși, respiră ușor și egal. Lasă-ți în timpul ăsta mintea să rătăcească printre gânduri plăcute și liniștitoare.
- Când vei dori să termini exercițiul de relaxare, deschide ochii și începe să devii încet conștient de cele ce te înconjoară. Mișcă pe rând brațele și picioarele.
- Te vei simți calm, reconfortat, relaxat și treaz.

RESPIRAȚIA PROFUNDĂ

- Închide ochii. Gândește-te la aerul pe care îl inspiri. Privește aerul cum intră prin nări și ajunge încet și ușor în plămâni. Urmărește aerul cum iese afară. La fiecare respirație, privește aerul cum intră și iese încet. Încearcă să observi senzația aerului care intră și iese. Mai rece când inspiri, cald când expiri. Stai și urmărește-ți respirația până când te vei simți revigorat și relaxat.

EXPIRAȚIA PROFUNDĂ

- Respirați normal. Observați ciclul respirator în mod pasiv. Lăsați corpul să respire singur, de la sine, autoobservându-vă calm respirația.
- Ignorați inspirația; nu vă gândiți deloc la ea. Permiteți organismului să inspire de la sine fără a conștientiza actul inspirator.
- Concentrați-vă atenția asupra expirației, gândiți-vă și vizualizați expirația.
- Simțiți și trăiți senzațiile specifice expirației: senzația de scufundare, de liniștire, de greutate, de relaxare.

ANEXA 4.

EVALUAREA ȘEDINȚEI DE GRUP

Vă rugăm să evaluați ședința care tocmai s-a încheiat, marcând în dreptul fiecărei afirmații din coloana din stânga a tabelului cifra care descrie cel mai bine părerea voastră în raport cu afirmația.

CHESTIONAR DE EVALUARE A ȘEDINȚEI					
	1 total de acord	2 mai degrabă de acord	3 nu știu	4 mai degrabă în dezacord	5 dezacord total
Ședința a fost plăcută					
Ședința a fost dificilă					
Ședința a fost utilă					
Am înțeles informațiile prezentate.					
Am încredere că ceea ce am lucrat mă va ajuta.					
Am lucrat bine cu colegii de grup.					
Am lucrat bine cu terapeuții.					
Aș dori să reluăm ședința.					

Ce schimbări ați dori să fie realizate?

.....

.....

.....

.....

Alte sugestii / comentarii:

.....

.....

.....

.....

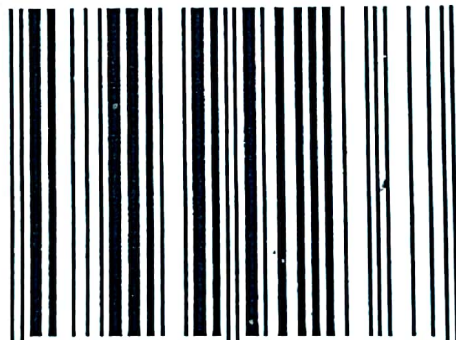
Vă mulțumim!

BIBLIOGRAFIE

1. APA, *Practice Guideline for Patients with Substance Use Disorders*, USA, November, 1995
2. Barry KL, *TIP 34: Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34*, SAMHSA – CSAT, Rockville, USA, 1999
3. Bosch LMC, Verheul r, Schippers GM, Brink W., *Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance abuse problems. Implementation and long-term effects*, Addictive Behaviors 27 (2002) 911-923
4. Brower KJ, Aldrich MS, Robinson ER, Zucker RA, Greden JF, *Insomnia, Self-Medication, and Relapse to Alcoholism*, Am J Psychiatry 2001; 158:399–404
5. Carroll KM, *A cognitive-behavioral approach. Treating cocaine addiction*, National Institute on Drug Abuse, Therapy Manuals for Drug Addiction, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 1998
6. Chick J, *Treatment Matching in Alcoholism*, Alcohol & Alcoholism, Vol. 39, No. 1, pp. 70, 2004
7. Copello A. (coord.), *United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT): hypotheses, design and methods*, Alcohol and Alcoholism Vol. 36, No. 1, pp. 11-21, 2001
8. Driessen M, Meier S, Hill A, Wetterling T, Lange W, Junghanns K, *The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders*, Alcohol and Alcoholism Vol. 36, No. 3, pp. 249-255, 2001.
9. Fisher GL, Harrison TC, *Substance Abuse. Information for School Counselors, Social Workers, Therapists and Counselors*, Allyn&Bacon, 1997, USA
10. Heinz A, Löber S, Georgi A, Wrase G, Hermann D, Rey ER, Wellek S, Mann K., *Reward craving and withdrawal relief craving: assessment of different motivational pathways to alcohol intake*, Alcohol and Alcoholism Vol. 38, No. 1, pp. 35-39, 2003
11. Himle AJ, Abelson JL, Haghighatgou H, Hill EM, Nesse RM, Curtis GC, *Effect of Alcohol on Social Phobic Anxiety*, Am J. of Psych 1999 156:1237–1243
12. Holdevici I, *Ameliorarea performanțelor individuale prin tehnici de psihoterapie*, Editura Orizonturi, București, 2001
13. Ioan M, *Terapia comportamental dialectică – o strategie de abordare terapeutică a cazurilor cu dublu diagnostic*, InfoMatrom, II (2003), București
14. Larimer ME, Palmer RS, Marlatt AG, *Relapse Prevention. An overview of Marlatt's Cognitive Behavioral model*, Alcohol Research & Health, Vol. 23, No. 2, 1999
15. Le AD, Quan B, Juzytch W, Fletcher PJ, Joharchi N, Shaham Y, *Reinstatement of alcohol-seeking by priming injections of alcohol and exposure to stress in rats*. Psychopharmacology (Berl) 1998; 135:169-174
16. Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, *Substance Abuse. A comprehensive textbook*, Williams&Willkins 1997
17. Mann K, Hermann D, Heinz A., *One hundred years of alcoholism: the twentieth century*, Alcohol and Alcoholism Vol. 35, No. 1, pp. 10-15, 2000
18. Miller WR, *TIP 35: Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*, U.S. Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Treatment, 1999
19. Oancea, C., *Tehnici de sfătuire/consiliere*, Vavila EDINF, București, 2002
20. O'Brien CP, McLellan AT, *Myths about the treatment of addiction*, The Lancet 1996; 347: 237-40

21. Prelipceanu D. (ed.), *Abuzul și dependența de substanțe psihoactive. Manual pentru studenții în medicină și medicii rezidenți psihiatri*, Infomedica, București, 2004.
22. Prelipceanu D. (ed.), *Ghid de tratament în abuzul de substanțe psihoactive*, Infomedica, București, 2002.
23. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Bucholz KK, Hesselbrock MN, Hesselbrock V, Kramer JR, *Predictors and Correlates of Suicide Attempts Over 5 Years in 1, 237 Alcohol-Dependent Men and Women*, Am J Psychiatry 2003; 160:56-63
24. Schadé A., Marquenie LA, Balkom JLM, Beurs E, Dyck R, Brink W, *Do comorbid anxiety disorders in alcohol-dependent patients need specific treatment to prevent relapse?*, Alcohol and Alcoholism Vol. 38, No. 3, pp. 255-262, 2003
25. Schneider F, Habel U, Wagner M, Franke P, Salloum JB, Shah J, Toni I, Sulzbach C, Hönig K, Maier W, Gaebel W, Zilles K, *Subcortical Correlates of Craving in Recently Abstinent Alcoholic Patients*, Am J Psychiatry 158:1075-1083, July 2001
26. Velleman, R., *Counselling for Alcohol Problems*, Sage Publications, London, 1993.
27. Walen SR, DiGiuseppe R, Wessler RL, *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*, Oxford University Press, 1980, Oxford
28. Wanigaratne S, Wallace W, Pullin J, Keaney F, Farmer R, *Relapse prevention for addictive behaviours. A manual for therapists*, Blackwell Science, 1997
29. Weinstein A, Lingford-Hughes A, Martinez-Raga J, Marshall J, *What makes alcohol-dependent individuals early in abstinence crave for alcohol: exposure to the drink, images of drinking, or remembrance of drinks past?*, Alcohol Clin Exp Res 1998; 22:1376-1381
30. Wolpe J, *The Practice of Behavior Therapy*, New York, Pergamon, 1973

ISBN 973-7912-36-5



9 789737 912367